



**ANA SOFIA  
CARVALHO ALVES  
PEREIRA**

**CUIDADORES FAMILIARES E IDOSOS  
DEPENDENTES: PERFIL, MOTIVOS E SATISFAÇÃO  
COM A VIDA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Daniela Maria Pias de Figueiredo, Professora da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

presidente

Professora Doutora Lílíana Xavier Marques de Sousa  
(Professor Auxiliar do Departamento de Ciências da Saúde da  
Universidade de Aveiro)

arguente principal

Professora Doutora Albertina Lima De Oliveira  
(Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação  
da Universidade de Coimbra)

vogal

Professora Doutora Daniela Maria Plas de Figueiredo  
(Equiparado a Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da  
Universidade de Aveiro)

## **agradecimentos**

Desejo deixar aqui expresso o meu agradecimento à Professora Doutora Daniela Figueiredo pela partilha do seu saber e sua disponibilidade.

Também a todos os técnicos das Instituições participantes, cuja contribuição foi valiosa na fase de recolha de dados.

À minha família, amigos e colegas, em especial aos meus pais, cujo apoio foi fundamental para a concretização deste meu trabalho.

Por último, a todos os que me acompanharam ao longo deste percurso, o meu obrigado!

## palavras-chave

Idoso dependente; Cuidadores principais; Cuidadores secundários; Motivos; Satisfação com a vida

## resumo

**Objectivos:** Reconhecendo que a prestação informal de cuidados é uma tarefa complexa envolvendo múltiplas e específicas condições e experiências, é objectivo geral deste estudo conhecer as diferenças existentes entre dois grupos de cuidadores informais – familiares principais e secundários – relativamente à experiência de cuidar de um idoso dependente.

**Metodologia:** Empreendeu-se um estudo quantitativo, não experimental, de tipo descritivo e comparativo. Constituíram-se dois grupos de participantes – cuidadores familiares principais e secundários – os quais foram comparados relativamente às variáveis: contexto sócio-demográfico e familiar; padrão de cuidados; motivos subjacentes à tarefa de cuidar e satisfação com a vida.

**Resultados:** Do presente estudo percebe-se que a família é o principal prestador de cuidados ao idoso dependente e que esta tarefa tenderá a continuar a pertencer à esfera familiar. Verifica-se que os níveis de satisfação com a vida, de ambos os grupos são baixos. Parece emergir a ideia de que os cuidadores sentem que as suas necessidades estão satisfeitas (ou não) em função da satisfação (ou não) das necessidades dos seus familiares, por parte dos serviços formais. Os motivos subjacentes à assunção da tarefa de cuidar pertencem à esfera afectiva, normativa e de afastamento/recusa da institucionalização do idoso dependente.

**Implicações:** o conhecimento acerca do perfil e papel dos cuidadores, enquanto agente de cuidados, parece ajudar a orientar a intervenção dirigida às famílias em sobrecarga e, conseqüentemente, conhecer os possíveis factores predictores para a baixa satisfação com a vida dos cuidadores.

**Key words**

dependent elder; primary caregiver; secondary caregiver; motives; life satisfaction

**Abstract**

**Objectives** The general objective of this study is to identify the differences between two distinct groups of informal caregivers of dependent elders – primary caregiving relatives and secondary caregiving relatives. Whilst taking into account that the provision of informal care is a complex task which involves multiple and specific circumstances and experiences.

**Method** A quantitative, not experimental, descriptive and comparative study was made. Two groups of participants were formed - primary care giving relatives and secondary care giving relatives – and compared regarding various variables: the socio-demographic and family context; care giving standards; reasons behind the task of care giving and overall life satisfaction.

**Results** From this study it is first concluded that family members are the main caregivers to dependent elders and that the caregiving task will be likely to continue to belong to the family sphere. It appears that the levels of overall satisfaction life, in both groups are low and it seems to emerge the idea that caregivers feel that their needs are met (or not) according to the satisfaction (or not) of their relatives needs, from formal services. The reasons for assuming the caregiving task is related with affection, norms and removal or refusal to institutionalize the elder.

**Implications** The knowledge about the profile and the role of caregivers, as an agent of care, appears to help steer the needed intervention directed at burdened families and therefore define the potential predictive factors related to the caregiver's low life satisfaction.

## **SIGLAS**

**CP:** Cuidador principal

**CS:** Cuidador secundário

**ABVD:** Actividade Básica de Vida Diária

**AIVD:** Actividade Instrumental de Vida Diária

**SAD:** Serviço de Apoio Domiciliário



## Índice

Índice de Figuras .....	17
Índice de Quadros .....	17
Índice de Tabelas .....	17
Índice de Gráficos .....	18
<b>Introdução</b> .....	19
<b>I. Prestação Informal de cuidados ao idoso dependente</b> .....	21
1. Envelhecimento e dependência .....	21
1.1. Dependência: dimensões, causas e funções .....	21
1.2. Respostas ao idoso dependente: apoio formal e informal .....	22
2. Prestação Informal de cuidados .....	25
2.1. Definição do conceito .....	25
2.2. O Perfil do cuidador informal: cuidadores principal e secundário .....	26
3. Tornar-se cuidador principal e secundário: processos e motivos .....	30
3.1. Processo .....	30
3.2. Motivos subjacentes à assunção da tarefa de cuidar .....	32
<b>II. Objectivos do estudo</b> .....	34
<b>III. Metodologia</b> .....	35
1. Tipo de estudo .....	35
2. Constituição da Amostra .....	35
3. Instrumentos utilizados .....	35
3.1. Questionários Gerais .....	36
3.1.1. Questionário Geral aplicado ao Cuidador Principal .....	36
3.1.2. Questionário Geral aplicado ao Cuidador Secundário .....	37
3.2. Índice de Barthel .....	38
3.3. Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS) .....	39
4. Procedimentos de recolha de dados .....	40
5. Procedimentos estatísticos .....	40
6. Estudo da validação dos Instrumentos .....	41
6.1. A SWLS .....	41
7. Caracterização da amostra .....	42
7.1. Caracterização dos cuidadores .....	42
7.1.1. Caracterização dos cuidadores .....	42
7.1.2. Caracterização do contexto sócio-familiar dos cuidadores .....	43
7.2. Caracterização dos idosos .....	45
7.2.1. Caracterização sócio-demográfica e funcional dos idosos .....	45



7.2.1.1. Caracterização sócio-demográfica .....	45
7.2.1.2. Caracterização funcional dos idosos .....	47
<b>IV. Apresentação dos resultados .....</b>	<b>48</b>
1. Padrão de Cuidados prestados ao idoso dependente .....	49
1.1. Tempo de duração dos cuidados e horas semanais dispendidas .....	49
1.2. Tipo de tarefas prestadas pelos cuidadores principais e secundários .....	49
1.3. Cuidador principal e colaboração na prestação de cuidados .....	50
1.3.1. Articulação dos cuidados prestados .....	51
1.4. Utilização e tipo de resposta formal pelo idoso dependente .....	53
1.4.1. Utilização de serviços formais: percepção da satisfação das necessidades .....	54
2. Motivos e prestação de cuidados .....	55
2.1. Cuidar, porquê? .....	55
2.2. Desistir e assumir o papel: a perspectiva dos cuidadores familiares .....	57
3. Percepção de saúde global e satisfação com a vida .....	59
3.1. Percepção de saúde global .....	59
3.2. Satisfação com a vida .....	60
<b>V. Discussão dos resultados .....</b>	<b>60</b>
<b>VI. Implicações, Limitações e Perspectivas .....</b>	<b>70</b>
<b>VII. Conclusão .....</b>	<b>73</b>
Referências Bibliográficas .....	75

## **Anexos**

**Anexo I** – Questionário aplicado aos cuidadores principais

**Anexo II** – Questionário aplicado aos cuidadores secundários

**Anexo III** – Índice de Barthel

**Anexo IV** – SWLS – Satisfaction With Life Scale

**Anexo V** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido





## Índice de Figuras

Figura 1: Necessidades assistenciais dos idosos dependentes .....	23
---	----

## Índice de Quadros

Quadro 1: Cuidador principal e cuidador secundário – perfil.....	27
Quadro 2: Síntese das variáveis a analisar e respectivos instrumentos.....	36
Quadro 3: Hierarquia dos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados – cuidadores principais .....	66
Quadro 4: Hierarquia dos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados – cuidadores secundários.....	67

## Índice de Tabelas

Tabela 1: SLWS – Média, desvio-padrão e Alpha de Cronbach .....	41
Tabela 2: Médias, desvios-padrão e r corrigido do item com a SWLS .....	41
Tabela 3: Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores.....	42
Tabela 4: Caracterização sócio-familiar dos cuidadores.....	44
Tabela 5: Cuidador secundário – relação e distância geográfica com o cuidador principal.....	45
Tabela 6: Caracterização sócio-demográfica dos idosos.....	46
Tabela 7: Caracterização funcional e mental dos idosos .....	48
Tabela 8: Padrão de Cuidados prestados ao idoso dependente.....	49
Tabela 9: Tipo de tarefas prestadas .....	50
Tabela 10: Utilização de resposta formal .....	53
Tabela 11: Serviços formais – satisfação das necessidades do idoso dependente.....	54
Tabela 12: Serviços formais – satisfação das necessidades dos cuidadores.....	54
Tabela 13: Cuidador principal – motivos subjacentes à tarefa de cuidar.....	56
Tabela 14: Cuidador secundário – motivos subjacentes à tarefa de cuidar.....	57
Tabela 15: Motivos de cessação da tarefa de cuidar .....	58
Tabela 16: Motivos de assunção de papel de cuidador principal.....	58
Tabela 17: Motivos de não assunção de papel de cuidador principal .....	59
Tabela 18: Percepção global de saúde.....	59



Tabela 19: Satisfação com a vida .....	60
--	----

## Índice de Gráficos

Gráfico 1: Apoios recebidos nas Actividades Básicas de Vida Diária – cuidados pessoais e mobilidade .....	51
Gráfico 2: Apoios recebidos nas Actividades Instrumentais de Vida Diária – trabalhos domésticos, tomarem medicamentos e gerir dinheiro .....	51
Gráfico 3: Apoios recebidos nas Actividades Instrumentais de Vida Diária – Utilizar telefone, ir às compras, tratar de assuntos burocráticos.....	52
Gráfico 4: Apoio recebidos nas Actividades Instrumentais de Vida Diária - acompanhamento a consultas médicas, transporte do familiar e Passear actividades de lazer.....	52
Gráfico 5: Outros apoios recebidos: apoio emocional, apoio financeiro e supervisão regular.....	53



## Introdução

A “revolução da longevidade”, isto é, o aumento da esperança de vida, trouxe alterações nas estruturas familiares nos últimos anos do século XX, dando lugar à coexistência nas famílias de uma terceira e quarta gerações (Kinney, 1996; Alarcão, 2000). Esta dimensão intergeracional implica a introdução de novos papéis e relações dentro da família. A “geração sanduíche”, família nuclear, terá de, entre outras tarefas fundamentais nesta etapa do ciclo vital, “aprender a lidar com o envelhecimento, numa articulação permanente entre independência e dependência, primeiro com as gerações mais idosas e, depois, consigo própria” (Alarcão 2000: 187).

Por outro lado, a “revolução da longevidade” tem sido acompanhada por um aumento das doenças crónicas, frequentemente incapacitantes, colocando novos desafios aos indivíduos, famílias e sociedades do mundo inteiro.

Segundo um estudo da OCDE (Jacobzone, 1999 citado por Marín, 2001) estima-se que os cuidadores informais, na sua maioria familiares, representam cerca de 75% de toda a ajuda que recebem as pessoas idosas dependentes, nos países desenvolvidos, correspondendo a restante percentagem ao Estado e aos sistemas privados. Desta forma, a família e outros cuidadores informais (amigos, vizinhos e outros elementos desta rede informal) continuam a ser considerados como o pilar no qual assenta o cuidado ao idoso dependente (Marín, 2001).

O facto de cuidar de um idoso dependente exerce diferentes impactos sobre os cuidadores, um conjunto de problemas decorrentes da tarefa de cuidar – sobrecarga (*burden*) - susceptível de afectar os diferentes contextos do indivíduo (carreira profissional, relações familiares e sociais, liberdade, equilíbrio emocional, entre outros). Estes cuidadores são, neste sentido, denominados de “pacientes ocultos”, necessitando também de ajuda externa, no sentido da manutenção da sua saúde e bem-estar (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004).

Tal como anteriormente referido, a abordagem aos prestadores de cuidados tem-se centrado nos cuidadores familiares principais, aqueles que assumem a principal responsabilidade pela prestação de cuidados. Tem-se vindo a reconhecer que a prestação familiar de cuidados é frequentemente partilhada pelos cuidadores secundários, aqueles que não têm a principal responsabilidade no cuidado, podendo incrementar o tipo ou a quantidade de ajuda recebida pela pessoa dependente (Martin, 2005).

Na literatura (Martin, 2005; Whitlatch e Noelker, 1996; Tennstedt, McKinlay, e Sullivan, 1989) a concepção dominante do papel dos cuidadores secundários aparece traduzida como fonte de apoio social aos cuidadores familiares principais e na sua influência no



impacte psicológico destes. Os estudos que incidem no cuidador secundário como agente de cuidados na pessoa dependente são em número limitado (Martin, 2005), aparecendo os cuidadores secundários como um apoio suplementar aos cuidadores familiares principais, particularmente nas tarefas domésticas, de cuidado pessoal e socialização (Whitlatch e Noelker, 1996). Os resultados de um estudo de Horowitz e Dobrot (1983, citado por Tennstedt, McKinlay e Sullivan, 1989) revelaram que, numa amostra de idosos dependentes, uma percentagem significativa (75%) recebia assistência por parte de cuidadores secundários.

Todavia, a literatura gerontológica tem chamado a atenção para o potencial declínio da disponibilidade dos prestadores informais, nomeadamente da família, no suporte ao idoso dependente. As alterações demográficas (em especial, o declínio das taxas de fertilidade), as transformações da estrutura familiar (diminuição de casamentos e nascimentos, casamentos e nascimentos tardios, generalização das uniões de facto, aumento de divórcios e de segundos casamentos, aumento das famílias com educador único e de nascimentos fora do casamento) e a entrada crescente da mulher no mercado de trabalho (em quem tem recaído a responsabilidade de cuidar dos familiares idosos), são apontados como motivos desse declínio futuro (Figueiredo, 2007).

Assim, atendendo aos factores enumerados, emerge a necessidade de conhecimento dos contextos e dinâmicas de prestação de cuidados a idosos dependentes para que possam continuar a ser parceiros - chave no apoio ao idoso. Torna-se, por outro lado, fundamental o desenvolvimento de estudos que incidam no cuidador secundário como agente de cuidados do idoso dependente, incrementando-se, desta forma, o conhecimento acerca do cuidador secundário no sistema informal de cuidados, tentando orientar a intervenção dirigida às famílias em sobrecarga.

Para responder ao objectivo, conhecer as diferenças existentes entre os dois grupos de cuidadores informais – principais e secundários – relativamente à experiência de cuidar de um idoso dependente, desenvolveu-se um estudo quantitativo, não experimental, de tipo descritivo e comparativo. Constituíram-se dois grupos de participantes – cuidadores familiares principais e secundários – os quais foram comparados relativamente a determinadas variáveis que fazem parte da complexidade da situação de prestação informal de cuidados ao idoso dependente.



## **I. Prestação Informal de cuidados ao idoso dependente**

### **1. Envelhecimento e dependência**

O envelhecimento demográfico constitui um fenómeno observado em todos os países do mundo. De acordo com a "Teoria da transição demográfica" de Marín e Casanovas (2001), este envelhecimento demográfico resulta, sobretudo em países industrializados, de um processo de transição demográfica, composta por dois fenómenos: (i) redução das taxas de mortalidade (sobretudo infantil), consequente da melhoria das condições de vida (propiciadas pela revolução industrial); (ii) descida gradual, ao longo dos anos, da taxa de natalidade a par com a diminuição das taxas de mortalidade, resultantes da melhoria das condições de vida e também dos importantes avanços na saúde.

Está-se, desta forma, perante um rápido crescimento populacional, resultado da primeira fase de transição, mas também de uma nova estrutura etária, mais envelhecida, característica actual de todos os países.

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 40 anos (8% em 1960 e 16% em 2001). De acordo com as projecções demográficas, pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, 32% do total da população, em 2050 (Carrilho e Gonçalves, 2004).

Lezaun, Arrazola e Arrazola (2001) referem que, embora uma grande parte das pessoas idosas consigam viver com bons níveis de autonomia e saúde, a tendência é para um aumento do número de idosos com necessidades de apoio na realização das actividades de vida diária.

#### **1.1. Dependência: dimensões, causas e funções**

Segundo Brown (1996, citado por Cerrato e Baltar, 2004) a maioria dos trabalhos realizados sobre a temática da dependência e envelhecimento centram-se na dependência funcional, avaliação do nível de dependência e no tipo e quantidade de cuidados necessários para colmatar as necessidades identificadas.

Desta forma, uma pessoa dependente é aquela que durante um período prolongado de tempo requer ajuda de outra pessoa para realizar certas actividades quotidianas. Partindo dos trabalhos pioneiros de Lawton e Brody (1969) e Katz *et al.* (1963) (citados por Marín e Casanovas, 2001) podem distinguir-se dois tipos de actividades: "actividades básicas de vida diária" (ABVD), orientadas para o cuidado pessoal, por exemplo, comer ou vestir-se e "actividades instrumentais de vida diária" (AIVD), direccionadas para o meio ambiente da pessoa, por exemplo, comprar ou preparar a comida.



O conceito de dependência é complexo, envolvendo a presença de três noções fundamentais (Cerrato e Baltar, 2004; Lezaun e Salanova, 2001): multidimensionalidade, multicausalidade e multifuncionalidade.

A ideia da multidimensionalidade significa que a dependência pode estender-se a múltiplas dimensões: mental, física, económica (assim como a combinação entre as mesmas), podendo afirmar-se que a dependência não é um fenómeno que exiba uma única configuração.

A ideia multicausalidade implica que vários factores influenciam o surgimento, progressão e manutenção da dependência, nomeadamente factores físicos, psicológicos e contextuais. No que concerne aos factores físicos pode referenciar-se as alterações funcionais (declínio dos sistemas do organismo, consequente deterioração da capacidade funcional, mobilidade, equilíbrio, resistência, etc.), as doenças crónicas (como a osteoporose, osteoartrite, AVC, demências, entre outras) e a utilização de fármacos (consequentes efeitos secundários possíveis e interações farmacológicas não desejadas). Distúrbios mentais (como a depressão) e características de personalidade (como por exemplo, pessoas com características de “personalidade dependente”) aparecem como factores psicológicos que poderão contribuir significativamente para a dependência. Por último, factores contextuais como o ambiente físico (ambiente pobre em estimulação, com insuficiência ou ausência de ajudas técnicas) e ambiente social (rede pessoal social pobre) poderão constituir, de igual forma, factores preditores de dependência.

Por último, a noção de multifuncionalidade significa que a dependência pode assumir várias funções, nomeadamente, a de adaptação.

Pode, desta forma, afirmar-se que o conceito de dependência não é sinónimo de velhice ou de envelhecimento.

## **1.2. Respostas ao idoso dependente: apoio formal e informal**

Segundo Marín e Casasnovas (2001), em todas as sociedades tem existido sempre a necessidade de apoio aos idosos dependentes, assistindo-se, nos países desenvolvidos, a partir de meados do século XX, a uma alteração dos padrões de resposta às necessidades dos idosos. Até ao século XX, os principais responsáveis pela assunção do cuidado aos idosos dependentes eram os familiares (Montgomery, 1999, citado por Marín e Casasnovas, 2001), estando, subjacentes a esta prestação de cuidados, motivos morais (a maioria das culturas enfatizava e continua a enfatizar a responsabilidade familiar), económicos (a herança actuava como um incentivo que estimulava os familiares a proporcionarem o apoio que o idoso dependente necessitava) e emocionais.

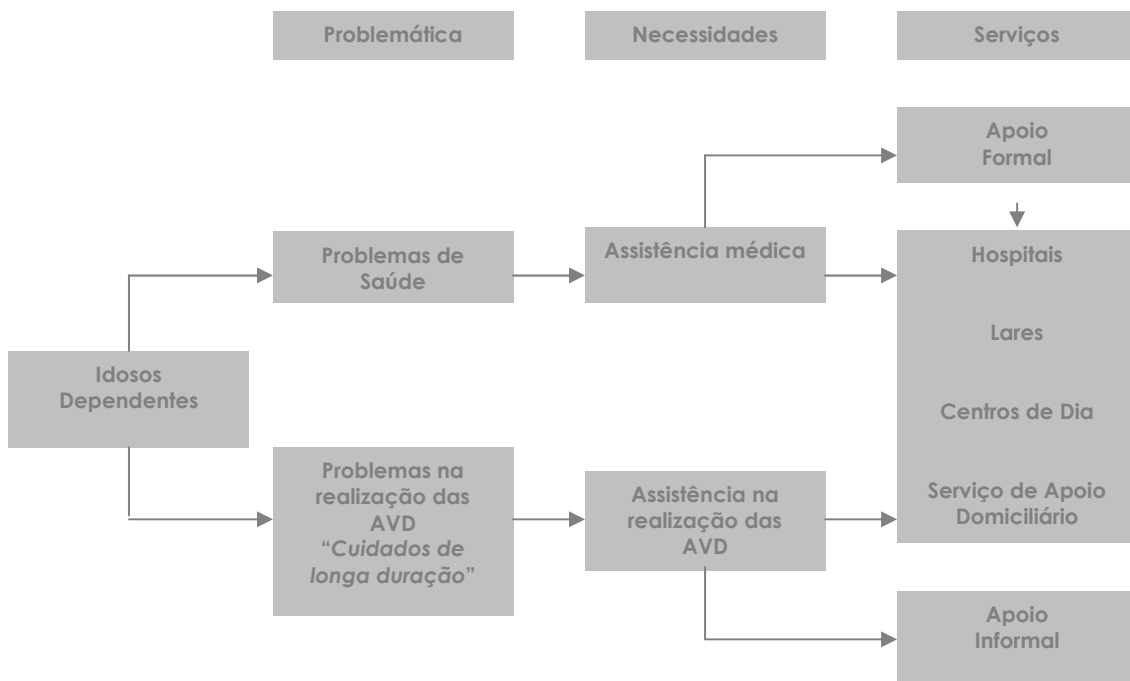


Nos países desenvolvidos, no início do século XX, esta situação começou a modificar-se com o nascimento dos primeiros programas de Bem-Estar Social. Em meados do século, todos os países desenvolvidos contavam com sistemas públicos e universais de pensões e de saúde, que proporcionavam cobertura a quase toda a população (Marín e Casasnovas, 2001).

Motivadas pelo progressivo envelhecimento, pela emergente incorporação das mulheres no mercado de trabalho e pela necessidade de compatibilizar esta nova dimensão laboral das mulheres com as actividades que estas realizavam tradicionalmente, nomeadamente o cuidado ao idoso, as alterações dos padrões de resposta às necessidades dos idosos dependentes foram mais tardias, ocorrendo nos anos 70. O Estado passa a assumir uma lógica “assistencialista”, continuando a ser subsidiário, isto é, o apoio é prestado unicamente aquando do surgimento da necessidade de apoio funcional e/ou económico. Assistiu-se à criação de novas respostas sociais, como o Serviço de Apoio Domiciliário e Lares para idosos, continuando a família a assumir uma parte muito importante na prestação de cuidados ao idoso dependente.

A figura 1, que a seguir se apresenta, pretende sintetizar o tipo de respostas aos idosos em função da sua problemática e necessidades.

**Figura 1: Necessidades assistenciais dos idosos dependentes (adaptado de Marín e Casasnovas, 2001)**



O recurso aos serviços disponibilizados ao idoso dependente, idealmente, deveria decorrer das necessidades e da problemática do idoso dependente e das suas famílias.



Neste sentido, respostas de apoio formal (Hospitais, Lares, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário) e/ou de apoio informal (família, amigos ou voluntários), constituem respostas quando a capacidade funcional do idoso está comprometida.

Segundo um estudo da OCDE (Jacobzone, 1999, citado por Marín e Casasnovas, 2001) estima-se que os cuidadores informais representem, em média, cerca de 75% de toda a ajuda que recebem as pessoas idosas dependentes, nos países desenvolvidos.

Segundo Tennstedt (1999), constata-se diferenças entre aqueles que recebem cuidados de serviços formais e aqueles que contam apenas com o apoio de cuidados informais. Desta forma, a autora apresenta como perfil dos receptores de cuidados de serviços formais, os indivíduos não casados e que vivem sós, sendo que os não receptores de cuidados formais são, na sua maioria, apoiados pela sua rede de suporte informal. Na generalidade, estes estão institucionalizados, residindo em lares, apresentando uma rede de cuidadores informais mais limitada. No que respeita à prestação de cuidados informais esta aparece associada ao grau de dependência, ao género do idoso, bem como às condições habitacionais do mesmo. Estudos citados pela autora (Branch e Jette, 1983; Horowitz e Dobrof, 1982; Sherwood *et al.*, 1981) demonstram que existe uma relação entre a prestação de cuidados informais e o grau de dependência do idoso. Isto é, idosos com um maior grau de dependência recebem uma maior assistência por parte dos cuidadores informais. Segundo a autora, esta diferença de apoio, por parte dos cuidadores informais pode ser justificado por: (i) um incremento no número de necessidades, havendo necessidade de uma maior variedade ou intensidade de apoio, em função do grau de dependência; (ii) a preferência dos idosos em serem apoiados pelos seus familiares; (iii) o sentido de responsabilidade da família em prestar apoio; (iv) a capacidade familiar no reconhecimento da especificidade das necessidades do idoso.

Na perspectiva de Jacobzone (1999, citado por Marín e Casasnovas, 2001) a aposta nos serviços comunitários que foi feita nos países desenvolvidos, pode ser entendida como uma forma mais viável e efectiva à prestação de cuidados pela família aos idosos dependentes, no sentido da complementariedade.

No entanto e, de acordo com a perspectiva de Le Bris (1994), a articulação entre as dimensões formal e informal do cuidado, baseiam-se na interdependência entre as opções sociopolíticas (ou sua inexistência) e na perspectiva da família. Na realidade, a partilha e articulação entre as dimensões formal e informal não se baseia nas necessidades dos idosos e das suas famílias, bem como não vai ao encontro dos tipos e extensão de apoio que ambos necessitam (Figueiredo, 2007), podendo desta forma afirmar-se que os serviços oferecidos pelas instituições, não vão de encontro, muitas vezes, às necessidades do idoso dependente e dos seus cuidadores.





Embora exista suporte teórico que permita conhecer as diferentes características quer dos cuidadores informais, quer dos recursos formais, segundo alguns autores (Lezaun e Salanova, 2001), existe, como atrás referido, a necessidade de se avançar em linhas de investigação que preconizem ambas as modalidades de prestação de cuidados, numa lógica de complementariedade.

## **2. Prestação Informal de cuidados**

### **2.1. Definição do conceito**

O conceito de prestação informal de cuidados ("caregiving") é definido pelo acto de providenciar assistência ou cuidados a um membro da família, amigo, ou outro, de modo regular e não remunerado, no sentido da manutenção de um nível de independência e consequente qualidade de vida. Estes cuidados podem ser instrumentais, afectivos, económicos ou outros de acordo com as necessidades. A prestação de cuidados pode variar de intensidade e duração de acordo com as necessidades (Whitlatch, 1996).

Squire (2005, citado por Figueiredo, 2007) distingue três dimensões na prestação de cuidados: responsabilidade/tomar conta de alguém; satisfazer/responder às necessidades de alguém; e a dimensão afectiva, isto é, preocupação, interesse, consideração e afecto pela pessoa de quem se cuida.

Segundo Calvente *et al.* (2004), o cuidado informal, entendido como uma das funções básicas da vida familiar, baseia-se em relações afectivas e de parentesco e pertence "ao território privado", no qual o resto da sociedade raramente se implica. Desenvolve-se num contexto doméstico, sendo uma tarefa não remunerada e, na maior parte das vezes, prestado por mulheres. Os limites (tarefas, tempo) do cuidado informal são difíceis de estabelecer, na medida em que se adaptam às necessidades do receptor de cuidados.

Desta forma, por cuidado informal não pode apenas entender-se o apoio na realização de actividades, básicas e instrumentais, por um elemento da família ou não (vizinho, amigo, voluntário), de forma não remunerada, com vista à satisfação das necessidades do idoso. As dimensões prestação de cuidados e afectiva são intrínsecas, podendo deduzir-se que o conceito de cuidador informal pressupõe a existência de uma ligação de proximidade afectiva, procurando-se o bem-estar quer do cuidador, quer do receptor de cuidados (Pearlin *et al.*, 1990).



## 2.2. O Perfil do cuidador informal: cuidadores principal e secundário

A literatura, no âmbito da prestação informal de cuidados, tem focado a sua atenção nos cuidadores principais. No entanto, sabe-se que a maioria dos idosos recebem cuidados por parte de mais do que uma pessoa, sendo que a prestação de cuidados é frequentemente partilhada pelos cuidadores secundários. Várias investigações (Martin, 2005; Horowitz e Dobrot (1983) citado por Tennstedt, 1989;) revelam que uma percentagem significativa de idosos dependentes recebe assistência por parte de cuidadores secundários.

A partir da definição geral de cuidadores informais, impõe-se a diferenciação dos cuidadores directos em cuidadores principais e cuidadores secundários (Martin, 2005; Gaugler *et al.*, 2003; Reyes, 2001; Teunisse e Derix, 1997; Whitlatch, 1996; Le Bris, 1994; Tennstedt, 1989).

Assumindo a maior parte da responsabilidade pelos cuidados ao idoso dependente no domicílio, o cuidador principal é responsável pela provisão directa ao nível das actividades básicas e instrumentais de vida diária. Pertencem, na sua maioria, ao sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e 60 anos, existindo uma proximidade geográfica entre os mesmos e os idosos receptores de cuidados e acumulando, muitas vezes, a tarefa de cuidar com a vida profissional.

Os cuidados prestados pelos cuidadores secundários aparecem como complementares aos prestados pelos cuidadores principais. Os cuidadores secundários são definidos como aqueles (amigos, vizinhos, familiares) que, embora prestem uma assistência regular, têm um envolvimento secundário quando comparado com o do cuidador principal, proporcionando a maior parte da ajuda nas tarefas menos instrumentais e intensivas (por exemplo, apoio emocional, compras e deslocações ao exterior). Smale e Dupuis (2004) salientam, que para além dos cuidadores secundários, poderem prestar apoio emocional, instrumental e financeiro, a importância da intervenção destes, na medida em que podem contribuir com novas perspectivas perante a tarefa de cuidar.

O quadro que a seguir se apresenta pretende sintetizar as diferentes características dos cuidadores principais e secundários, no que respeita às dimensões: sexo, idade, grau de parentesco, estado civil, situação laboral, duração dos cuidados, coabitação e tarefas.



Quadro 1: Cuidador principal e cuidador secundário – perfil

<b>Dimensões</b>	<b>Cuidador Principal (C.P.)</b>	<b>Cuidador Secundário (C.S.)</b>
<b>Sexo/</b>	Feminino (+ próximo);	Feminino (tendência menos marcada que nos C.P.)
<b>Idade</b>	45-60 A	Mais novos que os C.P.
<b>Grau de parentesco/outro</b>	(1º) cônjuge (2º) descendência (com predomínio para o sexo feminino)	Noras, genros, netos, outras ligações familiares menos comuns (quando comparados com C.P.) e amigos.
<b>Estado Civil</b>	(1º) casados; (2º) solteiros/viúvos, divorciados/separados; (3º) viúvos (em proporções menos significativas)	Casados em menor número.
<b>Situação laboral</b>	Acumulação de uma profissão com a tarefa de cuidar	A maioria tem emprego fora de casa.
<b>Duração dos cuidados</b>	Tarefa de longa duração	Assistência regular mas o seu envolvimento é secundário quando comparado com o do C.P.
<b>Coabitação</b>	Vivem próximos do idoso dependente	Coabitação também como factor predictor
<b>Tarefas</b>	Provisão directa, ao nível das actividades básicas e instrumentais de vida diária	Proporcionam a maior parte da ajuda nas tarefas menos instrumentais e intensivas (apoio emocional, compras e transporte); outras menos relativas ao cuidado pessoal

Baseado em Martin (2005), Gaugler *et al.* (2003), Reyes (2001), Teunisse e Derix (1997), Whitlatch (1996), Le Bris (1994) e Tennstedt (1989)

Além do interesse descritivo das diferenças conceptuais entre cuidadores principais e secundários, importa reflectir sobre a importância dos mesmos e nas diferentes práticas destes na tarefa de cuidar do idoso dependente. A cooperação entre os diferentes tipos de cuidadores pode, segundo Reyes (2001), ser fundamental para a superação das diferentes vulnerabilidades dos idosos e cuidadores familiares no contexto de domicílio. Desta forma, segundo Tennstedt (1989), os cuidadores secundários prestam ajuda adicional, o que “incrementa” o tipo e a quantidade de cuidados recebidos pelo idoso dependente, numa lógica de complementariedade. Segundo a autora, o cuidador secundário geralmente assume o cuidado principal se o cuidador principal não estiver disponível para prestar esse apoio. Por seu lado, e como consequência desta complementariedade, Gaugler (2003) salienta que a sobrecarga dos cuidadores principais que, na tarefa de cuidar contam com suporte de familiares ou outros, é menor do que a sobrecarga sentida pelos cuidadores sem qualquer suporte, sendo aqueles mesmo capazes de retardar a decisão de institucionalização do idoso dependente.



### 2.3. Impactos da tarefa de cuidar

A literatura tem evidenciado a inexistência de um padrão único de adaptação à experiência de cuidar, podendo falar-se de complexidade e diversidade dos impactos da tarefa de cuidar de idosos dependentes (Figueiredo, 2007; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004; Same e Sherry, 2004; Smale e Dupuis, 2004; Tennstedt, 1999; Nolan, Grant e Keady, 1996; Le Bris, 1994).

Os modelos transaccionais de *stress*, nomeadamente o modelo de Pearlin (Pearlin *et al.*, 1990), têm permitido conceptualizar e compreender a complexidade das reacções do cuidador às diferentes variáveis implicadas no processo de cuidar.

Na literatura, a prestação informal de cuidados tem sido descrita como uma experiência *stressante*, e os efeitos negativos da tarefa de cuidar no bem-estar do cuidador têm sido conceptualizados em termos de “sobrecarga” (“*burden*”). Considerada por alguns autores (Stull, Kosloski e Kercher, 1994) como um domínio singular da prestação de cuidados, a sobrecarga tem sido perspectivada de acordo com duas dimensões: a objectiva, relacionada com a situação de doença e dependência e consequente exigência dos cuidados prestados, referindo-se ao impacto da prestação de cuidar nas dimensões várias da vida do cuidador (familiar, social, económica, profissional); a subjectiva que resulta das atitudes e das respostas emocionais do cuidador à tarefa de cuidar, isto é, existe uma repercussão emocional das exigências ou problemas associados à tarefa de cuidar, podendo a sobrecarga subjectiva aparecer como um factor predictor do bem-estar do cuidador (Figueiredo, 2007).

Contudo, a definição de sobrecarga está ainda longe de ser consensual. Enquanto que alguns autores a descrevem como uma consequência ou efeito da prestação de cuidados, implicando uma diminuição dos sentimentos de bem-estar e um aumento dos problemas de saúde (Pearlin *et al.*, 1990), outros concebem a sobrecarga em termos do *stress* multidimensional enfrentado pelos prestadores de cuidados (Parks e Novielli, 2003).

Apesar destas variações, os impactos negativos da experiência de cuidar de um familiar idoso dependente, na saúde física e mental dos cuidadores, bem como noutras áreas da sua vida (familiar, financeira, profissional e social) têm sido bem documentados, particularmente no que diz respeito aos cuidadores principais. Até à data, a investigação tem privilegiado o cuidador principal como objecto de análise e poucos são os estudos (Gaugler *et al.*, 2003; Orel e Dupuy, 2002) que focalizam os impactos da experiência de cuidar nos cuidadores secundários.



### **Saúde física e mental**

Assim, ao nível da saúde física, os cuidadores principais reportam frequentemente sintomas de cansaço físico, diminuição das forças e fadiga generalizada (Le Bris, 1994). Quando comparados com não cuidadores, os cuidadores principais têm um sistema imunitário mais debilitado, perspectivam mais negativamente o seu estado de saúde e reportam mais doenças crónicas (Figueiredo, 2007). Em relação à saúde mental, a depressão e a ansiedade são dois dos problemas dos cuidadores principais mais frequentemente reportados pela literatura (Dupuis, Epp e Smale, 2004; Schulz e Willimason, 1994;). Por exemplo, Whitlatch (1996) refere que os cuidadores de idosos dependentes recorrem mais a fármacos para problemas como depressão, ansiedade e insónia, que o resto da população. Saliente-se, contudo, que a investigação tem privilegiado a análise dos impactos da experiência de cuidar nas dimensões negativas do bem-estar do cuidador principal (por exemplo, a depressão), em detrimento das positivas (por exemplo, a satisfação com a vida) (Atienza, Stephens e Townsend, 2002).

### **Relações familiares e sociais**

“A doença não atinge apenas o doente, mas tudo o que o rodeia, começando pela própria família “ (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004: 93). Com a assunção da tarefa de cuidar, “a própria dinâmica familiar sofre alterações, destabilizando e deslocando relações de poder, dependência e intimidade” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004: 91).

A relação idoso – cuidador sofre alterações, em função do grau de dependência do primeiro. A relação de dependência vai interferir na intimidade do idoso, podendo gerar-se uma relação de constrangimento por parte de ambos os elementos: pelo idoso que perde a sua privacidade e pelo cuidador que pode ter de assumir tarefas de natureza estritamente íntima com o familiar dependente.

Encarando a família como um sistema, o impacto da tarefa de cuidar recai sobre todos os membros da família, aparecendo referenciadas na literatura (Aneshensel *et al.*, 1995 citado por Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004; Semple, 1992) algumas das dimensões dos conflitos familiares quando os membros da família discordam em relação a: doença e incapacidade do idoso dependente; intensidade dos cuidados prestados; número de elementos que devem participar na prestação de cuidados; apoio ao cuidador principal; apreciação e valorização que deve ser dada ao cuidador principal, enquanto tal.



### **Actividade profissional e financeira**

A actividade laboral é ainda uma das esferas afectadas pela tarefa de cuidar. O abandono temporário ou definitivo do trabalho aparece referenciado como mais uma consequência negativa decorrente da tarefa de cuidar, havendo repercussões na auto-estima, desenvolvimento pessoal e rede social pessoal do cuidador.

Consequências económicas são também referenciadas, nomeadamente em cuidadores de classes menos privilegiadas, decorrentes dos gastos crescentes consequentes às necessidades dos idosos dependentes.

### **Tempo livre e lazer**

A elevada dedicação à tarefa de cuidar conduz a uma restrição na vida social dos cuidadores. Assiste-se a uma diminuição da vida social, dos relacionamentos familiares e da recepção e realização de visitas. O tempo acaba por ser escasso, às vezes inexistente, para o auto-cuidado, para a dedicação a outras responsabilidades ou, simplesmente, para dispor desse tempo livremente (Garcia-Calvente *et al.*, 2004).

Os poucos estudos (Gaugler *et al.*, 2003; Orel e Dupuy, 2002) que abordam os impactos da experiência de cuidar nos cuidadores secundários, referenciam que embora estes também experienciem sentimentos de sobrecarga, esta tende a assumir níveis mais baixos do que a sentida pelos cuidadores principais. Esta diferença é justificada pelas características dos próprios cuidadores e pela especificidade dos cuidados prestados: cuidadores secundários mais novos, com ligações familiares “menos directas” (noras, genros, netos), cujo envolvimento na duração da prestação dos cuidados é secundário, quando comparados com os cuidadores principais, proporcionando apoio maioritariamente nas tarefas menos instrumentais e intensivas (apoio emocional, compras e transporte).

## **3. Tornar-se cuidador principal e secundário: processos e motivos**

### **3.1. Processo**

Considerando a família como uma entidade própria, quando um dos seus membros necessita de cuidados (por doença ou por alguma incapacidade), a família reage de forma a prestar-lhe apoio, através da selecção de um cuidador principal (Martin, 2005).

A assunção do papel de cuidador está condicionada “por forças institucionais e suas bases normativas, que classificam e filtram as escolhas dos cuidadores” (Martin, 2005:



185). Desta forma, a entrada nesse papel não é da exclusiva responsabilidade do cuidador e da sua livre opção, mas depende da estrutura das relações da família e respectivos percursos individuais, influenciada por variáveis externas (Figueiredo, 2007; Martin, 2005; Sousa, Cerqueira e Figueiredo, 2004; Aneshensel *et al.* 1997; Le Bris, 1994). Acresce a esta forma de eleição do cuidador pela família, a impossibilidade de escolha entre várias alternativas, nomeadamente a insuficiente oferta de respostas institucionais e, em simultâneo, a conotação do recurso a redes de suporte formais com abandono e negligência em relação ao idoso dependente (Sousa, Cerqueira e Figueiredo, 2004).

Assim, a assunção da tarefa de cuidar passa necessariamente por um processo familiar, destacando Le Bris (1994) duas vias de assunção deste papel: através de um processo sub-reptício ou na sequência de um incidente inesperado.

O primeiro caracteriza-se como um processo lento e progressivo coincidente com a lenta perda de autonomia da pessoa de quem se cuida. O cuidador inicia a prestação dos cuidados, sem tomar conscientemente esta decisão, sendo difícil identificar a data de início da prestação de cuidados, aparecendo o factor coabitação como um factor predictor deste processo. O aumento progressivo da dependência da pessoa de quem cuida implica um acompanhamento crescente da dedicação do cuidador, podendo esta tarefa arrastar-se por um longo período de tempo.

Contrariamente a este processo, a assunção do papel de cuidador poderá surgir de forma súbita, como resultado de diferentes situações: (i) por doença ou acidente implicando o acompanhamento da pessoa dependente; (ii) a viuvez; (iii) a demissão ou falecimento da pessoa que prestava anteriormente os cuidados.

Para além destes dois processos, Le Bris (1994) referencia ainda outro que designa por *vias de entrada intermédias*, "tais como a interrupção do processo subreptício, devido a um acontecimento súbito, uma prestação de cuidados intensa, mas temporária (crise, doença), que um dia se torna definitiva" (Le Bris, 1994: 78).

Segundo Martin (2005) existe um conjunto de factores que determinam o processo de assunção do papel de cuidador. Citando Shanas (1979) e o modelo por ele preconizado, *Modelo Hierárquico Compensatório* ou *Modelo de Substituição*, o autor apresenta um conjunto de factores que poderão influenciar o processo de aquisição do papel de cuidador: (i) parentesco e proximidade afectiva (esposos, filhos, outros familiares e amigos); (ii) a coabitação, considerando a proximidade geográfica entre cuidador e receptor de cuidados; (iii) o género do cuidador e da pessoa cuidada, isto é, existe uma maior probabilidade de que filhos (cuidadores) e pais (receptores de cuidados) pertençam ao mesmo género: atendendo a que a maior parte das pessoas que necessitam de cuidados pertencem ao género feminino, pode concluir-se que as



filhas são quem mais se envolvem na tarefa de cuidar; (iv) a situação laboral, se a cuidadora está desempregada e geograficamente próxima, acabará por assumir a responsabilidade do cuidado informal (tarefas rotineiras e pré-programadas). No caso das cuidadoras empregadas, estas dão o seu contributo através do trabalho desenvolvido em horários pós-laborais (Martin, 2005).

Assim "a responsabilidade pelos cuidados não é uma opção, pois, por norma, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas resvala nessa direcção" (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004: 65). O compromisso de envolvimento ou não envolvimento depende, segundo as autoras, da proximidade física e da proximidade afectiva. "A definição do cuidador surge na relação dialéctica com a eleição dos não cuidadores" (Velásquez *et al.*, 1998, citados por Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004: 64), ocorrendo os processos de assunção de responsabilidade e de não responsabilidade da tarefa de cuidar em simultâneo. Isto significa que, quando existe um processo de envolvimento pelos cuidadores (processo de *resvalar para dentro*), os não cuidadores afastam-se (processo de *resvalar para fora*).

Ainda no que respeita à assunção da tarefa de cuidar, Le Bris (1994) refere que a tendência geral é para que esta decisão seja mantida à "porta fechada", isto é, com exclusão da pessoa idosa, ignorando a sua vontade e preferências, havendo uma fraca clarificação do contexto, podendo ser este um factor predictor de possíveis conflitos (cuidador – receptor de cuidados) posteriores.

Até à data, poucos são os estudos, no âmbito dos cuidadores secundários, que abordam a assunção da tarefa de cuidar pelos mesmos. "Só num número muito limitado de investigações é que os cuidadores secundários se conceptualizam como uma parte do padrão de cuidado informal" (Martin, 2005: 194). Segundo Tennstedt *et al.* (1989), a coabitação aparece como um factor predictor da probabilidade de se ser cuidador secundário. Estes tendem a ser, amigos e não familiares do idoso dependente.

### **3.2. Motivos subjacentes à assunção da tarefa de cuidar**

Estão sempre subjacentes motivações à assunção do papel de cuidador familiar. Estas constituem um domínio complexo: na medida em que envolvem uma série de razões e porque é um domínio que se encontra fortemente marcado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais de cada cultura, pela própria concepção de vida, pela história individual (Sousa, Cerqueira e Figueiredo, 2004; Le Bris, 1994).

Os motivos subjacentes à assunção e manutenção da prestação de cuidados a um idoso dependente podem agrupar-se em diferentes categorias: a normativa, a





afectiva e o afastamento/recusa da institucionalização, a económica/financeira, a proximidade geográfica e a combinação entre motivos relacionais e individuais.

A componente normativa é, segundo Le Bris (1994, 84) “o motivo mais poderoso”. Também Murrugat (2005), refere que o cumprimento do dever é a base fundamental das práticas das famílias cuidadoras, podendo esta tarefa ser vista como uma obrigação, condicionada por normas sociais, que se impõem, independentemente do seu real desejo e livre escolha. Deste modo, a componente normativa pode assumir duas formas, que se encontram interrelacionadas: o dever (pressão) social e o dever moral.

Segundo Le Bris (1994) o peso do dever social é reforçado nas sociedades nas quais o dever filial é aceite como lei e sempre que as estruturas sociais são insuficientes. Implica, segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004: 66) “que, por um lado, os familiares se sintam desvalorizados, aos olhos dos outros se não tomarem a cargo os seus parentes idosos dependentes e, por outro lado, se sintam valorizados se respeitarem a regra.”.

O dever moral pode assumir diversas formas e origens: dar em troca, não se sentir culpado e cumprimento de uma promessa feita, o que significa que a prestação de cuidados é direccionada para o receptor de cuidados, numa lógica de reciprocidade e de gratidão (Figueiredo, 2007; Sousa, Cerqueira e Figueiredo, 2004; Le Bris, 1994;).

A solidariedade aparece como outro motivo associado ao dever moral. No caso do sub-sistema filial, o dever de gratidão para com os pais pode ser um dos motivos subjacentes à assunção do papel de cuidador. No que respeita ao sub-sistema conjugal, Le Bris (1994) faz referência à solidariedade conjugal vitalícia, associada aos valores do cristianismo, “uma vez que as pessoas se casam para o melhor e para o pior” (1994, 84).

No que concerne à componente afectiva, são referenciados como motivos o afecto, o amor, a ternura, a piedade. No entanto, Le Bris (1994, 85) afirma que estes sentimentos positivos não representam, de forma alguma, uma condição para a prestação de cuidados”.

Existe, por outro lado, segundo Pimentel (2001) uma recusa e/ou afastamento da decisão de institucionalização, por parte dos cuidadores. Segundo a autora esta recusa/afastamento deve-se a dois factores: (i) conotação negativa atribuída aos lares, isto é, a institucionalização entendida como abandono/incapacidade familiar na tarefa de cuidar; (ii) consciência individual: a tarefa de cuidar é entendida como dever de reciprocidade e solidariedade dos filhos para com os pais, por exemplo.

Desta forma, atendendo à discrepância entre as normas (pressão social), às expectativas (reciprocidade na tarefa de cuidar), a ideia da institucionalização do idoso dependente gera sentimentos de culpa nos cuidadores, sendo apontado como outro dos motivos subjacentes à tarefa de cuidar.



Motivos do foro económico/financeiro e de proximidade geográfica, ainda que de menor peso, são apresentados na literatura como motivos referenciados para a assunção da tarefa de cuidar.

Num estudo recente, Kolmer *et al.* (2008), estabelecem uma hierarquização dos motivos que estão na base da prestação de cuidados de longa duração. A base dos doze motivos em estudo, desenvolvidos pelos autores, apoiam-se na perspectiva de quatro filósofos, Boszormenyi-Nagy, Buber, Levinas e Ricoeur, os quais defendem que a base da tarefa de cuidar é a relação humana, vendo a tarefa de cuidar não apenas como uma possibilidade de *stress* e de sobrecarga, mas também como uma fonte de prazer e de realização pessoal. Na hierarquia dos motivos que estão na base da assunção da tarefa de cuidar surgem, em primeiro lugar, aqueles que se centram nos sentimentos respeitantes à relação entre o cuidador e o receptor de cuidados, existindo um grande valor atribuído à relação entre ambos os elementos da díade. Assim, contrariando a perspectiva de Le Bris (1994) os motivos como a obrigação e dever, aparecem como os segundos evocados. Por último, os motivos centrados no próprio cuidador aparecem como menos referenciados. De referir que, segundo os autores, o grau de sobrecarga é menor no grupo de cuidadores cujo motivo subjacente ao cuidado se centra na vertente relacional e sentimentos consequentes.

Dos poucos estudos sobre a temática nos cuidadores secundários (Gaugler *et al.*, 2003; Penrod *et al.*, 1995; Tennstedt *et al.*, 1989) pode concluir-se que as motivações dos cuidadores secundários derivam do afecto e sentido de responsabilidade para com o cuidador principal e para com a pessoa dependente (Martin, 2004).

## II. Objectivos do estudo

Reconhecendo que a prestação informal de cuidados é uma tarefa complexa envolvendo múltiplas e específicas condições e experiências, é objectivo geral deste estudo conhecer as diferenças existentes entre dois grupos de cuidadores informais – familiares principais e secundários – relativamente à experiência de cuidar de um idoso dependente.

Assim, este objectivo geral, envolve a formulação dos seguintes objectivos específicos:

- Descrever e comparar o contexto e padrão de cuidados prestados por cuidadores familiares principais e secundários;
- Conhecer e comparar os dois grupos de cuidadores em relação aos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados;



- Avaliar e comparar os dois grupos de cuidadores relativamente à satisfação com a vida.

### **III. Metodologia**

#### **1. Tipo de estudo**

Para a concretização dos objectivos, empreendeu-se um estudo quantitativo, não experimental, de tipo descritivo e comparativo. Na presente investigação constituíram-se dois grupos de participantes – cuidadores familiares principais e secundários – os quais foram comparados relativamente a determinadas variáveis que fazem parte da complexidade da situação de prestação informal de cuidados ao idoso dependente.

#### **2. Constituição da Amostra**

Para efeitos de comparação, atendendo aos objectivos do estudo, a amostra foi dividida em dois grupos: (i) um constituído por cuidadores familiares principais de um idoso dependente; (ii) e outro composta por cuidadores informais secundários de um idoso dependente. De referir que os dois grupos de cuidadores são independentes, isto é, não integram a mesma rede informal de cuidados ao idoso dependente.

Definiu-se como cuidador familiar principal aquele familiar que assume a responsabilidade pela prestação de cuidados. O cuidador secundário foi definido como sendo a pessoa (familiar, amigo ou vizinho) que colabora na prestação de cuidados ao idoso dependente mas não é o responsável principal.

Foram definidos critérios de selecção da amostra para os grupos de cuidadores familiares principais e secundários. Enumeram-se como critérios subjacentes à constituição do grupo de cuidadores familiares principais: (i) ser cuidador principal há mais de 6 meses; (ii) familiar do idoso dependente; (iii) idade do idoso dependente igual ou superior a 65 anos. Para a constituição do grupo de cuidadores secundários definiram-se os seguintes critérios: (i) ser cuidador secundário há mais de 6 meses; (ii) ser cuidador secundário de um idoso dependente (podendo ser seu familiar, amigo ou vizinho); (iii) idade do idoso dependente igual ou superior a 65 anos.

O método de amostragem utilizado foi não probabilístico e de tipo accidental, na medida em os participantes foram incluídos no estudo à medida que se apresentavam, preenchiam os critérios de selecção e atingiam o tamanho desejado (Fortin, 1999).

#### **3. Instrumentos utilizados**

Para a recolha de dados foram construídos dois Questionário Gerais a aplicar a cuidadores familiares principais (anexo 1) e a cuidadores informais secundários (anexo 2),



pretendendo-se identificar e caracterizar o contexto e padrão de cuidados prestados, bem como os motivos subjacentes à assunção e colaboração na prestação de cuidados prestados. Nestes questionários foi ainda incluída uma questão que visa a avaliação da percepção de saúde global.

A satisfação com a vida foi avaliada com a versão portuguesa da *Satisfaction With Life Scale* (Diener *et al.*, 1985) – Escala de Satisfação Com a Vida -validada por Simões (1992).

Para determinar o grau de dependência funcional do idoso foi administrado o Índice de Barthel.

O quadro que a seguir se apresenta pretende sintetizar as diferentes variáveis em estudo e respectivos Instrumentos de avaliação.

**Quadro 2: Síntese das variáveis a analisar e respectivos instrumentos**

Variáveis	Instrumentos
<b>Variáveis contextuais e padrão de cuidados prestados ao idoso dependente</b>	Questionário Geral Índice de Barthel
<b>Motivos</b>	Questionário Geral
<b>Percepção de saúde global</b>	Questionário Geral
<b>Satisfação com a vida</b>	Escala de Satisfação Com a Vida

### 3.1. Questionários Gerais

#### 3.1.1. Questionário Geral aplicado ao Cuidador Principal

O Questionário Geral a aplicar ao cuidador principal (apêndice I) é composto por um total de 32 questões, e engloba duas partes: uma relativa ao cuidador principal, composta por 21 questões e outra relativa ao idoso dependente, composta por 11 questões.

No que concerne às informações relativas ao cuidador principal são várias as variáveis exploradas. Desta forma, nas variáveis sócio-demográficas foi considerado o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação na profissão do cuidador (itens de 1 a 6). Nas variáveis sócio-familiares foi considerado o grau de parentesco, a existência ou não de algum filho a cargo e a situação de coabitação ou não com o idoso dependente (itens de 7 a 9) bem como o rendimento do agregado familiar (item 19).



No tocante às informações relativas ao padrão de prestação de cuidados, foram exploradas variáveis como a duração da prestação de cuidados, tipo de apoio/cuidados prestados pelo cuidador principal, horas semanais dispendidas no cuidado, e identificação dos cuidados mais difíceis de realizar (itens de 10 a 13).

Procurou-se, de igual forma, recolher informações relacionadas com a colaboração ou não de outros elementos na prestação de cuidados: identificação das pessoas que colaboram e respectivas tarefas (itens 14 e 17).

A variável percepção de saúde global foi explorada no item 18.

A questão relativa aos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados, (item 18) foi elaborada com base nos conhecimentos revelados pela literatura sobre o tema e a partir de um estudo desenvolvido pelo Instituto da Segurança Social (2005).

Os motivos de uma possível cessação da prestação de cuidados aparecem explorados por uma questão aberta (item 21).

Relativamente ao idoso dependente procurou-se recolher informações sócio-demográficas tais como o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias e a profissão anterior à reforma (itens de 1 a 5).

Pretendeu-se, de igual forma, a obtenção de informação acerca do recurso ou não a serviços formais de apoio, por exemplo Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Centro de Noite, entre outros, e saber até que ponto tais recursos satisfazem as necessidades do idoso e do cuidador principal (itens de 6 a 9).

O grau de dependência funcional, de acordo com o Índice de Barthel (item 10) e existência ou não de diagnóstico clínico de demência (item 11) foram variáveis igualmente exploradas.

### **3.1.2. Questionário Geral aplicado ao Cuidador Secundário**

O Questionário Geral aplicado ao cuidador secundário (apêndice II) é composto por um total de 34 questões, e engloba duas partes: uma relativa ao cuidador secundário, composta por 23 questões e outra relativa ao idoso dependente, composta por 11 questões.

Foram várias as variáveis consideradas na recolha de informações relativas ao cuidador secundário. Desta forma, nas variáveis sócio-demográficas foi considerado o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional do cuidador (itens de 1 a 6). Nas variáveis sócio-familiares considerou-se o tipo de relação (familiar, de amizade ou de vizinhança) entre o cuidador secundário e o idoso



dependente bem como com o cuidador principal, a relação do cuidador principal com a pessoa a quem presta cuidados, a existência ou não de algum filho a cargo e a situação de coabitação ou não com o idoso dependente, a distância física entre o cuidador secundário e o cuidador principal (itens de 7 a 12), bem como a caracterização do rendimento médio mensal do agregado familiar do cuidador (item 21).

No que concerne ao padrão de prestação de cuidados foram exploradas variáveis como a duração da prestação de cuidados, o tipo de apoio/cuidado prestado, a quantidade de horas semanais destinadas ao cuidado (itens 13 a 15). A colaboração/ou não de terceiros na prestação de cuidados foi outra variável explorada, pretendendo-se identificar quais os cuidados prestados pelo cuidador secundário, sem qualquer colaboração de terceiros (itens 16 e 17). Os cuidados mais difíceis de realizar, na perspectiva do cuidador secundário, bem como a prestação adicional de cuidados, pelo cuidador secundário, a mais elementos (parentes, amigos ou vizinhos, etc.) foram aspectos abordados nos itens 18 e 19.

A variável percepção de saúde global aparece no item 20.

A questão relativa aos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados, (item 22) foi elaborada com base nos conhecimentos revelados pela literatura sobre o tema e a partir de um estudo desenvolvido pelo Instituto da Segurança Social (2005).

A possibilidade de assunção do papel de cuidador principal pelo cuidador secundário foi também abordada por uma questão aberta (item 23).

Relativamente ao idoso dependente recolheram-se informações sócio-demográficas tais como o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão anterior à reforma (itens de 1 a 5). Pretendeu-se, de igual forma, a obtenção de informação acerca do recurso ou não a serviços formais de apoio, por exemplo Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia, Centro de Noite, entre outros, e saber se o recurso a estes serviços vai de encontro à satisfação ou não das necessidades do idoso, e do cuidador secundário (itens de 6 a 9).

O tipo de dependência funcional, de acordo com o Índice de Barthel (item 10) e existência ou não de diagnóstico clínico de demência (item 11) foram variáveis igualmente estudadas.

### **3.2. Índice de Barthel**

O Índice de Barthel pode definir-se como “instrumento genérico que mede o nível de independência do paciente no que respeita à realização de algumas actividades de



vida diária, mediante a qual determinam diferentes pontuações e ponderações de acordo com a capacidade do sujeito examinado na realização dessas actividades" (Mahoney, 1965 citado por Solis, Arriola, Manzano, 2005: 81). Assim, o Índice de Barthel é um instrumento que pretende medir a capacidade de realização das Actividades Básicas de Vida Diária, obtendo-se resultados quantitativos acerca do grau de dependência do sujeito.

A pontuação global varia entre zero (0) e cem (100) pontos, indicando que quanto mais elevada for a pontuação, maior o nível de independência. Assim, as diferentes pontuações interpretam-se do seguinte modo (Santos, 2000): mais de 60 pontos (dependência ligeira ou independência); entre 40 e 55 pontos (dependência moderada); entre 20 e 35 pontos (dependência severa); menos de 20 pontos (dependência total).

Segundo Ruzafa e Moreno (1997), o Índice de Barthel é um instrumento fácil de aplicar, com alto grau de fiabilidade e validade, capaz de detectar alterações e de fácil interpretação. Pode ser adaptado a diversas realidades culturais. E é, para estes autores, um instrumento de eleição tanto na prática clínica como na investigação.

### 3.3. Escala de Satisfação Com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação Com a Vida – no original, *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) - foi elaborada por Diener *et al.* (1985) a partir de um conjunto de quarenta e oito (48) itens, sendo posteriormente reduzida para cinco itens.

A versão portuguesa da SWLS foi pela primeira vez validada por Neto, Barros e Barros (1990), confirmando-se, através da análise factorial dos resultados, tratar-se de um "construto unitário, na medida em que emergiu um factor único, que explicava a maior parte da variância" (Simões, 1992: 504-505).

A versão portuguesa da SWLS utilizada neste trabalho foi validada por Simões (1992) e as respostas são organizadas numa escala tipo Likert de 5 pontos: discordo muito (1), discordo um pouco (2), nem concordo nem discordo (3), concordo um pouco (4), concordo muito (5). Os resultados possíveis de obter variam entre cinco (5) e vinte e cinco (25), sendo que a satisfação com a vida é tanto maior quanto maior for o score obtido.

Simões (1992) reduziu de sete para cinco alternativas de resposta, pretendendo-se "estender a validação do instrumento, em termos de outras populações, designadamente, de outras idades e níveis culturais" bem como "apresentar novos índices de validade" (Simões, 1992: 505). Do ponto de vista da fidelidade, a Escala de Satisfação Com a Vida apresenta igualmente um único factor explicativo da maior parte



da variância, tal como na validação de Neto, Barros e Barros (1990): 53,1%, em ambos os estudos. O Alpha de Cronbach encontrado foi de 0.77, apresentando, deste modo, boas qualidades psicométricas (Simões, 1992).

#### **4. Procedimentos de recolha de dados**

Construídos os Questionários para Cuidadores Familiares Principais e Cuidadores Informais Secundários, foi efectuado um pré-teste a um grupo de cinco Cuidadores Familiares Principais e cinco Cuidadores Informais Secundários, com o objectivo de verificar se as questões eram bem compreendidas, bem como avaliar a sua eficácia e pertinência. Os resultados do pré-teste permitiram as correcções necessárias nos questionários.

A identificação dos participantes foi realizada com a colaboração de técnicos de Instituições de apoio à Terceira Idade e de um Centro de Saúde, localizados na região centro: Aveiro, Anadia e Coimbra. Os instrumentos foram administrados pelo investigador e por pessoas com formação na aplicação dos instrumentos. Em primeiro lugar foi aplicado o Índice de Barthel, seguido do Questionário Geral e da SWLS.

Os objectivos da recolha de dados foram dados a conhecer aos participantes de forma clara. Em todos os casos, registou-se consentimento informado dos participantes. Foi garantida, desde o início do processo, a confidencialidade da informação recolhida.

#### **5. Procedimentos estatísticos**

A concretização dos objectivos deste estudo exigiu o recurso a análises estatísticas de tipo descritivo e inferencial, na medida em que se trata de um estudo comparativo e de carácter exploratório.

Assim, a caracterização da amostra bem como do contexto da prestação de cuidados foi estruturada através do recurso a análises estatísticas descritivas (distribuição de frequências, cálculo de médias e desvios-padrão). Sempre que os objectivos do estudo visavam a comparação de médias e proporções, recorreu-se às análises estatísticas inferenciais (cálculo do teste *t* de *Student* e teste do qui-quadrado). Saliente-se que a interpretação destes testes deve ser feita unicamente sobre a amostra.

Para efectuar análises mencionadas recorreu-se ao SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 15.0.





## 6. Estudo da validação dos Instrumentos

### 6.1. A SWLS

Para o estudo psicométrico da Escala de Satisfação Com a Vida, procedeu-se à análise da consistência interna, através do cálculo do *Alpha de Cronbach*, para cada sub-amostra.

Da análise da escala, verifica-se então a existência de valores de alfa de Cronbach bastante satisfatórios quer em relação à sub-amostra de cuidadores principais ( $\alpha=.875$ ), quer em relação ao grupo de cuidadores secundários ( $\alpha=.853$ ) (tabela 1).

Verifica-se também que todos os itens se correlacionam significativamente com a escala, em ambas as sub-amostras de cuidadores (tabela 2).

**Tabela 1: SLWS – Média, desvio-padrão e Alpha de Cronbach**

Amostras	Média	DP	n	Alpha de Cronbach	Amplitude teórica	Amplitude observada
Cuidadores principais	13,86	5,417	50	0,875	5-25	5-25
Cuidadores secundários	16,86	4,989	48*	0,853	5-25	5-25

\* valores omissos = 2 (4%)

**Tabela 2: Médias, desvios-padrão e r corrigido do item com a SWLS**

SWLS	Cuidadores principais				Cuidadores secundários			
	Média	DP	r*	n	Média	DP	r*	n
"a minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse".	2,62	1,398	705	50	3,23	1,276	562	48*
"as minhas condições de vida são muito boas".	2,56	1,215	719	50	3,35	1,329	771	48*
"estou satisfeito com a minha vida".	2,72	1,386	776	50	3,6	1,233	798	48*
"até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria".	3,02	1,27	736	50	3,56	1,128	624	48*
"se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada".	2,94	1,361	592	50	3,1	1,309	592	48*

r\* correlação do item com a escala excepto o próprio item

\* valores omissos = 2 (4%)



## 7. Caracterização da amostra

### 7.1. Caracterização dos cuidadores

#### 7.1.1. Caracterização dos cuidadores

A amostra é constituída, no total, por 100 cuidadores de um idoso dependente, dividindo-se em dois grupos: 50 cuidadores principais e 50 cuidadores secundários.

No que concerne à variável idade verifica-se que as sub-amostras apresentam distribuições diferentes pelas categorias consideradas, isto é, os cuidadores secundários tendem a ser mais novos que os cuidadores principais (tabela 3). Assim, a média etária dos elementos da sub-amostra dos cuidadores principais é de 63,93 anos (DP: 12,50; máximo: 85; mínimo: 37). Na sub-amostra dos cuidadores secundários a média etária é de 52,40 anos (DP: 14,05; máximo: 88; mínimo: 21).

Em relação ao género os grupos apresentam distribuições idênticas, sendo a maioria dos cuidadores mulheres (74% nos CP; 72% nos CS).

Relativamente ao estado civil e habilitações literárias apresentam, igualmente, distribuição idêntica. No que concerne ao estado civil, a maioria dos cuidadores é casado ou vive em união de facto (78% nos CP e 88% nos CS). Considerando as habilitações literárias, constata-se também a igualdade de distribuições, com predomínio de 4 anos de escolaridade nas duas sub-amostras. Relativamente à situação profissional a distribuição é diferente em ambos os grupos. Nos cuidadores principais salientam-se os reformados/pensionistas (60%) e nos cuidadores secundários os empregados (48%).

**Tabela 3: Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores**

	Cuidadores principais		Cuidadores secundários	
	n	%	n	%
<b>Idade<sup>1</sup></b>				
49 ou menos	5	10,00	22	44,00
50-59 anos	15	30,00	15	30,00
60-69 anos	9	18,00	8	16,00
70-79 anos	17	34,00	3	6,00
80 ou mais	4	8,00	2	4,00
Total	50	100	50	100
<b>Género<sup>2</sup></b>				
Feminino	37	74,00	36	72,00
Masculino	13	26,00	14	28,00
Total	50	100	50	100



	Cuidadores principais		Cuidadores secundários	
	n	%	n	%
<b>Estado civil<sup>3</sup></b>				
Casado(a)/união de facto	39	78,00	44	88,00
Divorciado(a)/separado(a)	4	8,00	1	2,00
Viúvo(a)	3	6,00	1	2,00
Solteiro(a)	4	8,00	4	8,00
Total	50	100	50	100
<b>Habilitações literárias<sup>4</sup></b>				
Não frequentou	9	18,00	3	6,00
1º ciclo ensino básico	25	50,00	20	40,00
2º ciclo ensino básico	4	8,00	8	16,00
3º ciclo ensino básico	5	10,00	8	16,00
Ensino secundário	0	0	2	4,00
Curso médio	3	6,00	3	6,00
Ensino superior	4	8,00	6	12,00
Total	50	100	50	100
<b>Situação na profissão<sup>5</sup></b>				
Empregado	4	8,00	24	48,00
Empr. Tempo parcial	2	4,00	3	6,00
Reformado(a)/pensionista	30	60,00	12	24,00
Desempregado(a)	3	6,00	2	4,00
Doméstica	11	22,00	9	18,00
Total	50	100	50	100

<sup>1</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(4)=21,229$ ;  $p=0,000$ .

<sup>2</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(1)=0,051$ ;  $p=0,822$ .

<sup>3</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(3)=3,101$ ;  $p=0,376$ .

<sup>4</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(6)=7,981$ ;  $p=0,239$ .

<sup>5</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(4)=22,600$ ;  $p=0,000$ .

### 7.1.2. Caracterização do contexto sócio-familiar dos cuidadores

A caracterização sócio-familiar dos cuidadores apresenta distribuições diferentes nas duas sub-amostras excepto na variável “existência de filhos a cargo” (CP com 78%; CS com 60%).

Os dados apresentados na tabela 4 revelam que ser filho do idoso dependente é o grau de parentesco mais predominante em ambas as sub-amostras (48% nos CP e 50% nos CS). Contudo, as diferenças mais evidentes verificam-se quando se atenta nas restantes relações familiares: enquanto que os cônjuges do idoso dependente representam 38% dos cuidadores principais, os cuidadores secundários repartem-se por outros graus de parentesco (sobrinhos, com 14%; nora/genro, com 12% e cunhado(a) com 12%).



No que concerne à distância geográfica dos cuidadores em relação ao idoso receptor de cuidados constatou-se que os grupos apresentam distribuições diferentes. A maioria dos cuidadores principais (88%) vive na mesma casa do idoso receptor de cuidados, enquanto que os cuidadores secundários, apesar de próximos, tendem a distribuir-se pela situação de coabitação (38,3%), a viver na mesma rua ou bairro (29,8%) ou a menos de 10 km.

Observou-se que o rendimento mensal do agregado dos cuidadores secundários é superior ao dos cuidadores principais. O rendimento mensal dos cuidadores principais situa-se entre os 300 e os 750 euros (no total, 76%), enquanto que o rendimento mensal dos cuidadores secundários aparece distribuído entre os 600 e os 1500 euros (no total, 74%).

Da análise da relação entre o cuidador principal e cuidador secundário, constatou-se que 32% dos cuidadores secundários são filhos, 26% são irmãos e 20% cônjuges/companheiros dos cuidadores principais, existindo uma relação familiar entre os cuidadores (Tabela 5). A maioria (38,77%) reside na mesma casa do cuidador principal, seguidos dos que vivem no mesmo bairro/rua (30,61%).

**Tabela 4: Caracterização sócio-familiar dos cuidadores**

	Cuidadores Principais		Cuidadores Secundários	
	n	%	n	%
<b>Grau de parentesco/outro <sup>1</sup></b>				
Cônjuge/companheiro(a)	19	38,00	4	8,00
Filho(a)	24	48,00	25	50,00
Irmão(ã)	1	2,00	2	4,00
Nora/genro	3	6,00	6	12,00
Cunhado(a)	1	2,00	6	12,00
Sobrinha	0	0,00	7	14,00
Total	48	96,00*	50	100
<b>Existência de filho(s) a cargo <sup>2</sup></b>				
Não	39	78,00	30	60,00
Sim	11	22,00	20	40,00
Total	50	100	50	100
<b>Distância geográfica <sup>3</sup></b>				
Vivem na mesma casa	44	88,00	18	36,00
Vivem na mesma rua/bairro	3	6,00	14	28,00
Vivem a menos de 10 km	2	4,00	8	16,00
Vivem a menos de 30 km	1	2,00	4	8,00
Vivem a mais de 30 km	0	0,00	3	6,00
Total	50	100	47	94



	Cuidadores Principais		Cuidadores Secundários	
	n	%	n	%
<b>Rendimento mensal do agregado<sup>4</sup></b>				
150-300 euros	1	2,00	0	0,00
300-450 euros	10	20,00	4	8,00
450-600 euros	19	38,00	2	4,00
600-750 euros	9	18,00	9	18,00
750-1000 euros	2	4,00	16	32,00
1000-1500 euros	2	4,00	12	24,00
1500 euros e mais	7	14,00	7	14
Total	50	100	50	100

<sup>1</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(5)=21,676$ ;  $p=0,001$ .

<sup>2</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(1)=3,787$ ;  $p=0,052$ .

<sup>3</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(4)=26,353$ ;  $p=0,000$ .

<sup>4</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(4)=15,262$ ;  $p=0,004$ .

\*valores omissos = 2 (4%)    \*\*valores omissos = 3 (6%)

**Tabela 5: Cuidador secundário – relação e distância geográfica com o cuidador principal**

	Cuidador secundário	
	n	%
<b>Relação com o cuidador principal</b>		
cônjuge/companheiro(a)	10	20,00
filho(a)	16	32,00
irmão(ã)	13	26,00
nora/genro	2	4,00
outro membro da família	9	18,00
Total	50	100,00
<b>Distância geográfica entre cuidadores principal e secundário</b>		
Vivem na mesma casa	19	38,00
Vivem na mesma rua/bairro	15	30,00
Vivem a menos de 10 km	10	20,00
Vivem a menos de 30 km	4	8,00
Vivem a mais de 30 km	1	2,00
Total	49*	98,00

\* valores omissos = 1 (2%)

## 7.2. Caracterização dos idosos

### 7.2.1. Caracterização sócio-demográfica e funcional dos idosos

#### 7.2.1.1. Caracterização sócio-demográfica

Para caracterização sócio-demográfica dos idosos receptores de cuidados estudaram-se as variáveis idade, género, estado civil, habilitações literárias e profissão anterior à reforma (tabela 6).



Em relação à variável idade verifica-se que a distribuição pelas faixas etárias consideradas é idêntica nas duas sub-amostras. A maioria dos idosos apresenta idades compreendidas entre os 75 e os 89 anos (74% nos idosos considerados pelos cuidadores principais; 72% nos idosos considerados pelos cuidadores secundários). A média etária dos idosos da sub-amostra dos cuidadores principais é de 80,7 anos (DP: 12,72; máximo: 87; mínimo: 69). Na sub-amostra dos cuidadores secundários a média etária é de 80,58 anos (DP: 15,55; máximo: 87; mínimo: 65).

No que respeita à variável género, observaram-se distribuições diferentes. Nos cuidadores principais, a maioria dos idosos receptores de cuidados são homens (60%), enquanto que a maioria dos idosos receptores de cuidados, pelos cuidadores secundários, são mulheres (72%).

No que concerne ao estado civil observam-se distribuições idênticas. Todavia, enquanto que os idosos ao cuidado dos cuidadores principais são na sua maioria casados (44%) e, logo a seguir, situam-se os viúvos (40%), no outro grupo verifica-se o inverso (48% de viúvos e 38% de casados)

Relativamente às habilitações literárias observou-se distribuições diferentes: os idosos considerados pelos cuidadores secundários possuem qualificações escolares mais baixas.

Em relação à profissão anterior à reforma também se verificaram distribuições diferentes: nos cuidadores principais a percentagem mais expressiva de idosos receptores de cuidados desempenharam funções de administrativos ou similares (30%), seguindo-se o grupo dos trabalhadores não qualificados (16%); na sub-amostra dos cuidadores secundários a maioria dos idosos desempenhou a sua profissão no grupo da agricultura e pescas (36%), seguindo-se o grupo de trabalhadores não qualificados (34%).

**Tabela 6: Caracterização sócio-demográfica dos idosos**

	Cuidadores principais		Cuidadores secundários	
	n	%	n	%
<b>Idade<sup>1</sup></b>				
65-69 anos	3	6,00	3	6,00
70-74 anos	2	4,00	8	16,00
75-79 anos	14	28,00	11	22,00
80-84 anos	14	28,00	12	24,00
85-89 anos	9	18,00	13	26,00
90 ou mais anos	8	16,00	3	6,00
Total	50	100	50	100



	Idosos		Idosos	
	Cuidadores principais		Cuidadores secundários	
	n	%	n	%
<b>Género<sup>2</sup></b>				
Masculino	30	60,00	14	28,00
Feminino	20	40,00	36	72,00
Total	50	100	50	100
<b>Estado civil<sup>3</sup></b>				
Casado(a)/união de facto	22	44,00	19	38,00
Divorciado(a)/separado(a)	2	4,00	3	6,00
Víuvo(a)	20	40,00	24	48,00
Solteiro(a)	6	12,00	3	6,00
Total	50	100	49*	98,00
<b>Habilitações literárias<sup>4</sup></b>				
Não frequentou	5	10,00	24	48,00
1º ciclo ensino básico	41	82,00	24	48,00
2º ciclo ensino básico	0	0	2	4,00
3º ciclo ensino básico	1	2,00	0	0
Ensino secundário	0	0	0	0
Curso médio	2	4,00	0	0
Ensino superior	1	2,00	0	0
Total	50	100	50	100
<b>Grupo profissional (INE)<sup>5**</sup></b>				
Quadros superiores	2	4,00	0	0
Profissões intelectuais e científicas	1	2,00	0	0
Téc./prof. nível intermédio	4	8,00	0	0
Administrativos e similares	15	30,00	0	0
Pessoal de serviços e vendedores	7	14,00	6	12,00
Agricultura e pescas	7	14,00	18	36,00
Operários, artificies e similares	6	12,00	8	16,00
Trab. não qualificados	8	16,00	17	34,00
Total	50	100	49*	98,00

<sup>1</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(5)=7,114$ ;  $p=0,212$ .

<sup>2</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(1)=10,390$ ;  $p=0,001$ .

<sup>3</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(3)=1,773$ ;  $p=0,621$ .

<sup>4</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(5)=22,894$ ;  $p=0,000$ .

<sup>5</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(7)=30,436$ ;  $p=0,000$ .

\* valores omissos = 1 (2%)

\*\* CNP (Classificação Nacional de Profissões) – 94

### 7.2.1.2. Caracterização funcional dos idosos

Para a caracterização funcional foi considerado o grau de dependência dos idosos de acordo com o Índice de Barthel, bem como a existência ou não de diagnóstico demencial.



Tabela 7: Caracterização, funcional e mental dos idosos

	Idosos		Idosos	
	Cuidadores principais		Cuidadores secundários	
	n	%	n	%
<b>Grau de dependência<sup>1</sup></b>				
Dependência moderada	3	6,00	5	10,00
Dependência severa	4	8,00	11	22,00
Dependência total	36	72,00	30	60,00
Total	43*	86,00	46**	92,00
<b>Situação ou não de demência<sup>2</sup></b>				
Existente	23	46,00	29	58,00
Inexistente	27	54,00	21	42,00
Total	50	100,00	50	100,00

<sup>1</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(3)=5,130$ ;  $p=0,163$ .

<sup>2</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $X^2(1)=1,442$ ;  $p=0,230$ .

\*valores omissos = 7 (14%)

\*\*valores omissos = 4 (8%)

No que respeita ao grau de dependência e situação ou não de demência, as sub-amostras apresentam distribuições idênticas. A maioria dos idosos é totalmente dependente na realização das actividades básicas de vida diária. No que concerne à existência ou não de situação de demência, nos cuidadores principais grande parte da amostra dos idosos (54%) o quadro demencial é inexistente. Pelo contrário, nos cuidadores secundários, grande parte dos idosos receptores de cuidados apresenta situação de demência (58%).

#### IV. Apresentação dos resultados

Neste capítulo procede-se à apresentação dos dados tendo em conta os objectivos inicialmente delineados, para ambos os grupos de cuidadores familiares: principais e secundários.

Em primeiro lugar, analisar-se-á o padrão de cuidados prestados ao idoso dependente. O segundo vector de análise centrar-se-á nos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados. Por fim, analisar-se-á a percepção de saúde global e a satisfação com a vida de ambos as sub-amostras de cuidadores.





## 1. Padrão de Cuidados prestados ao idoso dependente

### 1.1. Tempo de duração dos cuidados e horas semanais dispendidas

Para a análise do padrão de cuidados prestados ao idoso dependente, de entre outras variáveis que de seguida igualmente se apresentam, foram analisados o tempo de duração e as horas semanais de cuidados. Verifica-se que as duas sub-amostras apresentam distribuições idênticas no que respeita ao tempo de duração de cuidados. O mesmo não acontece com a quantidade de horas semanais de cuidado.

**Tabela 8: Padrão de Cuidados prestados ao idoso dependente**

	Cuidadores Principais		Cuidadores Secundários	
	n	%	n	%
<b>Tempo duração de cuidados<sup>1</sup></b>				
6 Meses-2 anos	20	40,00	22	44,00
3-8 anos	20	40,00	22	44,00
9-14 anos	5	10,00	4	8,00
15 e mais anos	5	10,00	2	4,00
Total	50	100,00	50	100,00
<b>Horas semanais de cuidado<sup>2</sup></b>				
menos de 8 horas	3	6,00	12	24,00
9-20 horas	4	8,00	17	34,00
21-40 horas	4	8,00	17	34,00
41 h ou mais (cuidados permanentes)	39	78,00	4	8,00
Total	50	100,00	50	100,00

<sup>1</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $\chi^2(8)=3,589$ ;  $p=0,892$ .

<sup>2</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $\chi^2(3)=49,984$ ;  $p=0,000$ .

Pela análise dos dados apresentados observa-se que os cuidados prestados por ambos os grupos de cuidadores tendem a durar entre 6 meses e 8 anos (CP: 80%; CS: 88%).

Relativamente às horas semanais dedicadas aos cuidados verifica-se que os cuidadores principais, na sua maioria (78%) prestam cuidados permanentes ao idoso dependente. Já a maioria dos cuidadores secundários repartem-se pelas 9 a 20 horas (34%) e as 21 a 40 horas semanais (34%).

### 1.2. Tipo de tarefas prestadas pelos cuidadores principais e secundários

Da análise do tipo de tarefas prestadas por ambos os grupos de cuidadores observa-se que existe uma maior concentração de tarefas prestadas pelos cuidadores secundários na área das Actividades Instrumentais de Vida Diária, como por exemplo



gestão de dinheiro, utilização do telefone e actividades de lazer, entre outras. No que respeita às Actividades Básicas de Vida Diária, as percentagens mais expressivas aparecem nos cuidadores principais, quando comparadas com os secundários. Verifica-se que os cuidadores principais assumem toda uma variedade de cuidados, desde os cuidados pessoais e de mobilidade à supervisão regular (tabela 9).

Tabela 9: Tipo de tarefas prestadas

	Cuidadores Principais		Cuidadores Secundários	
	n	%	n	%
ABVD – cuidados pessoais	41	82,00	12	24,00
ABVD – mobilidade	32	64,00	22	44,00
AIVD – trabalhos domésticos	39	78,00	27	54,00
AIVD – medicamentos	43	86,00	23	46,00
AIVD – gerir dinheiro	42	84,00	35	70,00
AIVD – utilizar o telefone	41	82,00	44	88,00
AIVD – ir às compras	43	86,00	37	74,00
AIVD – tratar de assuntos burocráticos	43	86,00	34	68,00
AIVD – acompanhamento a consultas médicas	45	90,00	32	64,00
AIVD – transporte do familiar	39	78,00	38	76,00
AIVD – passear/actividades de lazer	35	70,00	43	86,00
Apoio emocional	44	88,00	19	38,00
Apoio financeiro	32	64,00	40	80,00
Supervisão regular	46	92,00	19	38,00

Considerando a tipologia de cuidados anteriormente apresentada, procurou-se ainda compreender quais os cuidados que, na perspectiva dos cuidadores, apresentam maior grau de dificuldade. Verificou-se que os cuidados pessoais e de mobilidade emergiram como os mais difíceis de realizar para ambas as sub-amostras (68% nos cuidadores principais; 58% nos cuidadores secundários).

### 1.3. Cuidador principal e colaboração na prestação de cuidados

Relativamente à existência de mais alguém a colaborar com o cuidador principal na tarefa de prestação de cuidados, verifica-se que a quase totalidade dos participantes (84%) afirma ter a colaboração de outras pessoas e/ou serviços. Destes, 62% afirmam pagar por essa colaboração. Estas situações referem-se ao recurso a respostas de apoio formal (Serviço de Apoio Domiciliário ou Centro de Dia) ou à contratação de uma empregada doméstica.

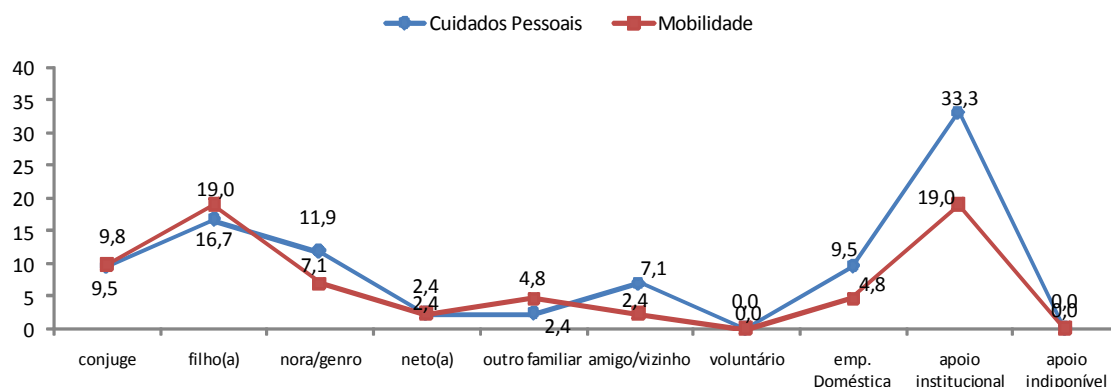


### 1.3.1. Articulação dos cuidados prestados

De seguida analisa-se quem ajuda o cuidador principal e em que tarefas.

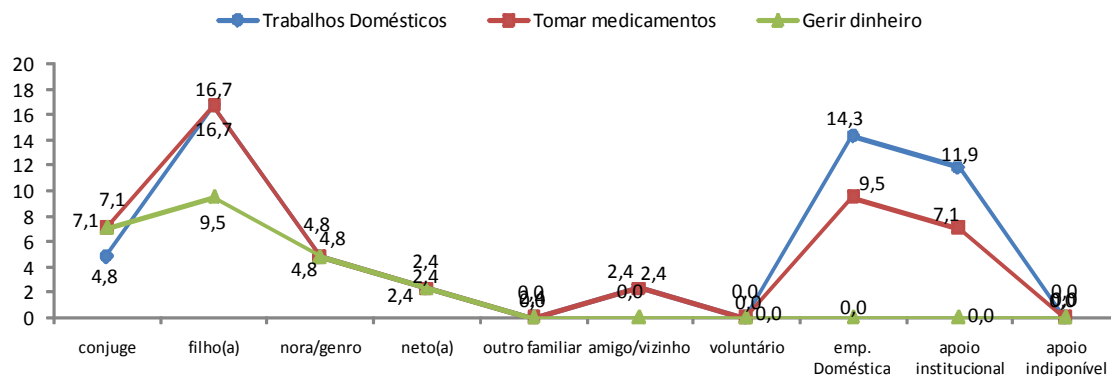
Ao observar a articulação entre o cuidador principal e outras fontes de suporte ao idoso dependente nas Actividades Básicas de Vida Diária, verifica-se uma forte expressão do apoio institucional relativamente aos cuidados pessoais (33,3%). Quanto ao apoio na mobilidade verifica-se que é a família, sobretudo os filhos (19%), cónyuge (9,8%) e noras/genros (7,1%) que ajudam o cuidador principal nesta tarefa (gráfico 1).

Gráfico 1: Apoios recebidos nas Actividades Básicas de Vida Diária – cuidados pessoais e mobilidade



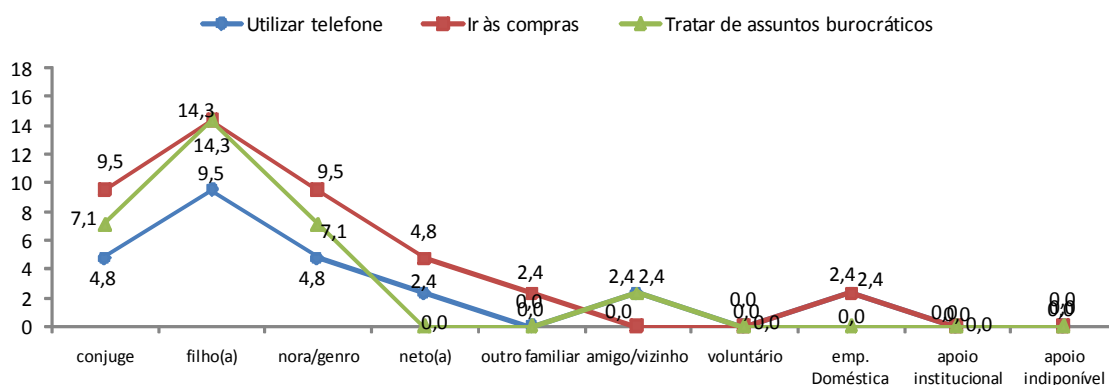
Relativamente às Actividades Instrumentais de Vida Diária, percebe-se que é a família, sobretudo os filhos e os cónyuges que ajudam este cuidador nos trabalhos domésticos, gestão da medicação e gestão financeira. No que respeita à utilização do telefone, compras e assuntos burocráticos, constata-se uma fraca articulação entre o cuidador principal e o apoio institucional, aparecendo a família, uma vez mais, como o maior apoio ao cuidador principal (gráficos 2 e 3).

Gráfico 2: Apoios recebidos nas Actividades Instrumentais de Vida Diária – trabalhos domésticos, tomarem medicamentos e gerir dinheiro



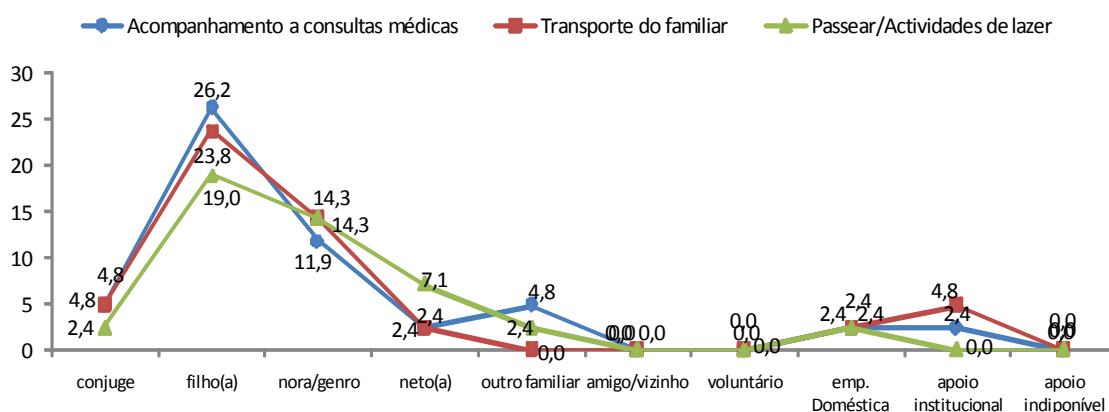


**Gráfico 3: Apoios recebidos nas Actividades Instrumentais de Vida Diária – Utilizar telefone, ir às compras, tratar de assuntos burocráticos**



No que concerne às actividades que implicam deslocação ao exterior, nomeadamente acompanhamento a consultas médicas, transporte do familiar e actividades de lazer, continuam a ser os filhos a apoiar (gráfico 4).

**Gráfico 4: Apoio recebidos nas Actividades Instrumentais de Vida Diária – Acompanhamento a consultas médicas, transporte do familiar e Passear actividades de lazer**

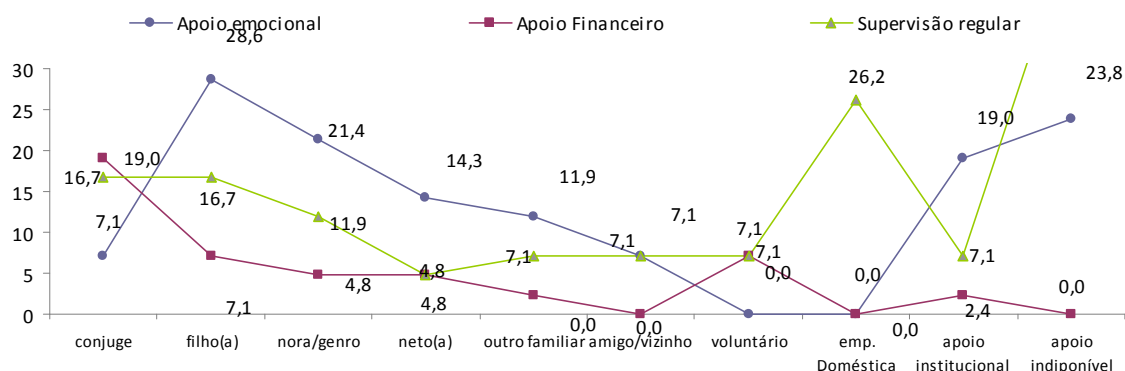


Quanto aos restantes tipos de apoio verifica-se que o apoio financeiro é assegurado principalmente pelo cônjuge (19%). O apoio emocional é sobretudo articulado com os filhos, noras e genros. Destaca-se ainda a importância que os netos assumem na articulação do apoio emocional. A supervisão regular é sobretudo partilhada com a empregada doméstica (26,2%) e com o cônjuge (16,7%) (gráfico 5).

Na especificidade dos cuidados prestados pelos cuidadores secundários, apenas 8% referem prestar cuidados sem a colaboração de outra pessoa. Salientam-se os cuidados pessoais e a realização de trabalhos domésticos.



Gráfico 5: Outros apoios recebidos: apoio emocional, apoio financeiro e supervisão regular



#### 1.4. Utilização e tipo de resposta formal pelo idoso dependente

Relativamente às variáveis utilização e tipo de resposta formal as sub-amostras apresentam distribuições idênticas.

A maioria dos idosos usufrui de apoio formal, nomeadamente, Serviço de Apoio Domiciliário (26% dos idosos a cargo dos cuidadores principais e 30% dos idosos a cargo dos cuidadores secundários) e Serviço de Apoio Domiciliário associado a cuidados de saúde prestados pelo Centro de Saúde, no domicílio (32% dos idosos a cargo dos cuidadores principais e 44% dos idosos a cargo dos cuidadores secundários).

Tabela 10: Utilização de resposta formal

	Idosos		Idosos	
	Cuidadores principais		Cuidadores secundários	
	n	%	n	%
Utilização de resposta formal <sup>1</sup>				
Não	8	16,00	7	14,00
Sim	42	84,00	43	86,00
Total	50	100,00	50	100,00
Tipo de resposta formal <sup>2</sup>				
Serviço de Apoio Domiciliário	13	26,00	15	30,00
Apoio Domiciliário Integrado	0	0	1	2,00
Centro de Dia	2	4,00	3	6,00
Cuidados de Saúde (Centro de Saúde)	11	22,00	2	4,00
Serviço de Apoio Domiciliário + Cuidados de Saúde (Centro de Saúde)	16	32,00	22	44,00
Total	42	84,00	43	86,00

<sup>1</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $\chi^2(1)=0,078$ ;  $p=0,779$ .

<sup>2</sup> As sub-amostras apresentam distribuições idênticas:  $\chi^2(4)=8,510$ ;  $p=0,075$ .



### 1.4.1. Utilização de serviços formais: percepção da satisfação das necessidades

De seguida, analisa-se a percepção dos cuidadores acerca do grau em que os serviços formais satisfazem as necessidades dos idosos dependentes, bem como as suas próprias necessidades enquanto cuidadores.

Verifica-se que os cuidadores principais consideram que os serviços formais ou não satisfazem nada (32%) ou satisfazem muito (32%) as necessidades dos idosos dependentes. Apenas 10% considera que os serviços formais satisfazem totalmente as necessidades do idoso dependente. Na perspectiva da maioria dos cuidadores secundários participantes (60%) verifica-se que estes consideram que os serviços formais satisfazem muito as necessidades dos idosos dependentes.

**Tabela 11: Serviços formais – satisfação das necessidades do idoso dependente**

	cuidadores principais		cuidadores secundários	
	n	%	n	%
<b>Satisfação das necessidades do idoso <sup>1</sup></b>				
nada	16	32,00	0	0,
pouco	2	4,00	0	0
moderadamente	3	6,00	7	14,00
muito	16	32,00	30	60,00
totalmente	5	10,00	6	12,00
Total	42*	84,00	43**	86,00

<sup>1</sup>As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(4)=23,943$ ;  $p=0,000$

\*valores omissos = 8 (16%)

\*\*valores omissos = 7 (14%)

No que concerne à satisfação das necessidades dos cuidadores principais, observa-se que os serviços formais não satisfazem nada (32%) ou satisfazem muito (32%) as necessidades dos próprios enquanto cuidadores. Na perspectiva dos cuidadores secundários, 56% considera que a colaboração dos serviços formais satisfazem muito as suas necessidades.

**Tabela 12: Serviços formais – satisfação das necessidades dos cuidadores**

	Cuidadores principais		Cuidadores secundários	
	n	%	n	%
<b>Satisfação das necessidades do cuidador<sup>1</sup></b>				
nada	16	32,00	0	0
pouco	0	0,	1	2,00
moderadamente	3	6,00	7	14,00
muito	16	32,00	28	56,00
totalmente	7	14,00	7	14,00
Total	42*	84,00	43**	86,00



<sup>1</sup>As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $X^2(4)=21,864$ ;  $p=0,000$

\*valores omissos = 8 (16%)

\*\*valores omissos = 7 (14%)

## 2. Motivos e prestação de cuidados

### 2.1. Cuidar, porquê?

Os motivos subjacentes à assunção da tarefa de cuidar foram igualmente estudados, em ambas as sub-amostras de cuidadores. De entre uma lista de motivos, pediu-se aos cuidadores que assinalassem as três razões mais importantes, e que as hierarquizassem por ordem de importância (razão mais importante; razão importante; e razão moderadamente importante) (tabelas 13 e 14)

Da análise dos dados apresentados verifica-se que 66% dos cuidadores principais considera a “vontade do idoso” como um dos principais motivos subjacentes à tarefa de cuidar. São igualmente apresentados como motivos importantes “por amor e ternura” (42%), “por obrigação e dever” (40%) e “por não querer colocar o familiar num lar” (30%).

No que respeita aos cuidadores secundários (tabela 14), a maioria (92%) referencia “por amor ou ternura” como um dos principais motivos subjacentes à tarefa de cuidar, seguindo-se “por não querer colocar o familiar num lar” (46%) e “por obrigação ou dever” (44%). Motivos relacionados com o cuidador principal são também referenciados pelo cuidador secundário: “porque o cuidador principal necessita de ajuda” (34%) e “porque essa é a vontade do cuidador principal” (28%).

Da análise das razões não assinaladas, podemos constatar que, de entre os motivos apresentados, existem quatro para os quais nenhum cuidador secundário fez referência: “porque as estruturas de apoio que existem não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar”, “porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais”, “porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais” e “porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família”.



Tabela 13: Cuidador principal – motivos subjacentes à tarefa de cuidar

Motivo	Cuidadores principais									
	Razão mais importante		Razão importante		Razão moderadamente importante		Razão não referenciada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
por amor, ternura	18	36,00	3	6,00	0	0	29	58,00	50	100
por obrigação e dever	6	12,00	13	26,00	1	2,00	30	60,00	50	100
por não querer colocar o familiar num lar	1	2,00	2	4,00	12	24,00	35	70,00	50	100
por proximidade geográfica	0	0	2	4,00	4	8,00	44	88,00	50	100
para evitar a censura dos outros	0	0	1	2,00	0	0	49	98,00	50	100
porque não existem estruturas de apoio	0	0	0	0	1	2,00	49	98,00	50	100
porque as mensalidades num lar são muito caras	0	0	1	2,00	3	6,00	46	92,00	50	100
porque as estruturas de apoio que existem não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar	0	0	1	2,00	1	2,00	48	96,00	50	100
porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	0	0	2	4,00	6	12,00	42	84,00	50	100
por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	1	2,00	2	4,00	1	2,00	46	92,00	50	100
porque vive com o seu familiar há muito tempo	2	4,00	5	10,00	3	6,00	40	80,00	50	100
porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	0	0	0	0	1	2,00	49	98,00	50	100
porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família	1	2,00	2	4,00	0	0	47	94,00	50	100
por ter sido sempre vontade do familiar	6	12,00	22	44,00	5	10,00	17	34,00	50	100





Tabela 14: Cuidador secundário – motivos subjacentes à tarefa de cuidar

Motivo	Cuidadores secundários									
	Razão mais importante		Razão importante		Razão moderadamente importante		Razão não referenciada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
por amor, ternura	34	68,00	10	20,00	2	4,00	4	8,00	50	100
por obrigação e dever	7	14,00	10	20,00	5	10,00	28	56,00	50	100
por não querer colocar o familiar num lar	3	6,00	9	18,00	11	22,00	27	54,00	50	100
por proximidade geográfica	0	0	1	2,00	2	4,00	47	94,00	50	100
para evitar a censura dos outros	0	0	0	0	1	2,00	49	98,00	50	100
porque não existem estruturas de apoio	2	4,00	1	2,00	0	0	47	94,00	50	100
porque as mensalidades num lar são muito caras	0	0	1	2,00	1	2,00	48	96,00	50	100
porque as estruturas de apoio que existem não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar	0	0	0	0	0	0	50	100	50	100
porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	0	0	0	0	0	0	50	100	50	100
porque não encontra uma pessoa de confiança que possa tratá-lo	0	0	1	2,00	0	0	49	98,00	50	100
por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	0	0	1	2,00	1	2,00	48	96,00	50	100
porque vive com o seu familiar há muito tempo	0	0	0	0	3	6,00	47	94,00	50	100
porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	0	0	0	0	0	0	50	100	50	100
porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família	0	0	0	0	0	0	50	100	50	100
por ter sido sempre vontade do familiar	1	2,00	2	4,00	10	20,00	37	74,00	50	100
porque o cuidador principal precisa de ajuda	4	8,00	9	18,00	4	8,00	33	66,00	50	100
porque é essa a vontade do cuidador principal	0	0	5	10,00	9	18,00	36	72,00	50	100

## 2.2. Desistir e assumir o papel: a perspectiva dos cuidadores familiares

Introduziram-se no questionário geral duas questões de resposta aberta com o intuito de compreender o que levaria o cuidador principal a abandonar o seu papel e quais os motivos que levariam o cuidador secundário a assumir a principal responsabilidade pela prestação de cuidados.



Da análise dos motivos invocados pelos cuidadores principais, a “doença do cuidador principal” (52%) o “falecimento ou doença do cuidador” (22,9%) foram as razões mais referidas para a cessação do papel de cuidador (tabela 15).

**Tabela 15: Motivos de cessação da tarefa de cuidar**

	Cuidadores principais	
	n	%
Alteração da situação profissional	3	6,25
Doença do CP	25	52,00
Morte do CP	4	8,30
Falecimento e doença do CP	11	22,90
Motivos financeiros e doença do CP	2	4,16
"Ficar rico"	1	2,08
"Vontade contrária" do idoso dependente	1	2,08
"Alteração da situação de saúde do idoso	1	2,08
Total	48*	99,85

\*valores omissos =2 (015%)

Quanto aos cuidadores secundários, observou-se que 54% (n=27) estariam na disposição de assumir o papel de cuidadores principais perante a impossibilidade do cuidador principal continuar com o seu papel. Os motivos invocados centram-se nos sentimentos de “amor, ternura, dever e responsabilidade” pelo idoso dependente (22,2%) e por serem descendentes directos do idoso dependente (18,52%) (tabela 16).

**Tabela 16: Motivos de assunção de papel de cuidador principal**

	Cuidadores secundários	
	n	%
"por amor, ternura, dever e responsabilidade"	6	22,22
"caso deixasse de existir a resposta SAD"	1	3,70
"por ser a pessoa mais próxima"	1	3,70
"porque o familiar necessita de um cuidador"	1	3,70
"por não existir mais ninguém"	1	3,70
"por ser descendente directo do idoso dependente"	5	18,52
"para ajudar o idoso dependente"	2	7,41
"porque sempre foi a vontade do CP"	2	7,41
"sim, mas com apoio de outros cuidadores"	2	7,41
"por impossibilidade do CP"	1	3,70
não justifica	5	18,52
Total	27	100



Dos restantes que não se mostraram disponíveis (36%), apresentaram como principais motivos os seus problemas de saúde (27,78%), bem como a sua idade avançada (22,22%) (tabela 17).

De referir que 10% dos inquiridos não responderam à questão.

**Tabela 17: Motivos de não assunção de papel de cuidador principal**

	Cuidadores secundários	
	n	%
"já é CP de outro idoso"	2	11,11
"Distância física entre o CS e o idoso dependente"	1	5,56
"Idade do CS"	4	22,22
"questões laborais"	3	16,67
"Problemas de saúde do CS"	5	27,78
"Inexistência de tempo disponível"	1	5,56
não justifica	2	11,11
Total	18	100

### 3. Percepção de saúde global e satisfação com a vida

#### 3.1. Percepção de saúde global

Relativamente à percepção do estado de saúde, ambos os grupos de cuidadores apresentam distribuições diferentes. Desta forma, a maioria dos cuidadores principais percebem o seu estado de saúde como fraco (46%) ou razoável (40%). Por outro lado, os cuidadores secundários tendem a perceber o seu estado de saúde de forma mais positiva. Na sua maioria percebem o seu estado de saúde como razoável (44%) ou bom (30%) (tabela 18).

**Tabela 18: Percepção global de saúde**

	Cuidadores Principais		Cuidadores Secundários	
	n	%	n	%
<b>Percepção estado de saúde <sup>1</sup></b>				
Muito boa	0	0	2	4,00
Boa	7	14,00	15	30,00
Razoável	20	40,00	22	44,00
Fraca	23	46,00	8	16,00
Muito fraca	0	0	3	6
Total	50	100	50	100

<sup>1</sup> As sub-amostras apresentam distribuições diferentes:  $\chi^2(4)=15,262$ ;  $p=0,004$ .



### 3.2. Satisfação com a vida

Considerando que um resultado de 15 representa um ponto neutro na SWLS, isto é, o marco no qual o sujeito não se encontra nem satisfeito nem insatisfeito ("não concordo nem discordo") verifica-se que a satisfação com a vida é relativamente baixa em ambas os grupos de cuidadores.

Além disso, observa-se a existência de diferenças significativas entre ambas as sub-amostras, na medida em que os CP tendem a sentir-se menos satisfeitos com a vida que os CS ( $t=-2,84$ ;  $p=0,005$ ).

**Tabela 19: Satisfação com a vida**

SWLS	Cuidador Principal			Cuidador Secundário			t	p
	n	Média	DP	n	Média	DP		
Total	50	13,9	5,417	48	16,9	4,989	-2,84	0,005

## V. Discussão dos resultados

Da pesquisa efectuada acerca dos cuidadores de idosos dependentes é consensual a ideia de que é a família o principal prestador de cuidados, apresentando diferenças na forma como cuidam e na forma como esta tarefa se repercute na sua vida.

Neste capítulo pretende-se apresentar as conclusões mais relevantes do estudo empírico realizado, estruturando-se a discussão dos resultados de acordo com os objectivos gerais estabelecidos.

### Cuidadores principais e secundários: Quem são?

Um dos objectivos subjacentes ao estudo consistiu em analisar o perfil sócio-demográfico e familiar dos cuidadores primários e secundários.

Relativamente ao **perfil sócio-demográfico dos cuidadores** (primários e secundários) os resultados vão ao encontro da literatura (Martin, 2005; Gaugler et al, 2003; Reyes, 2001; Teunisse e Derix, 1997; Whitlatch, 1996; Le Bris, 1994; Tennstedt, 1989) no que diz respeito às variáveis género, idade, estado civil e situação profissional.

Tradicionalmente, o papel de cuidar tem sido atribuído ao género feminino, facto que se revelou bem evidente entre os cuidadores de ambas as sub-amostras (74% e 72% de mulheres como cuidadoras principais e secundárias, respectivamente).

Relativamente à idade, os resultados também evidenciaram a tendência relatada na literatura, sendo os cuidadores secundários, em média, mais novos que os



cuidadores primários. Esta diferença reflecte-se também na situação profissional, na medida em que a maioria (60%) dos cuidadores primários se encontra reformada, ao passo que apenas 24% dos cuidadores secundários se encontram na mesma situação. A maioria ainda mantém a sua actividade profissional fora de casa, corroborando a investigação prévia na temática. Quanto ao estado civil, observou-se que a maior parte dos cuidadores de ambas as sub-amostras são casados ou vivem em união de facto, indo, uma vez mais ao encontro daquilo que a pesquisa em torno da temática tem evidenciado.

Quanto ao **contexto sócio-familiar**, foi analisado o grau de parentesco entre os cuidadores e o idoso dependente, sendo esta uma das variáveis que a literatura tem evidenciado como explicativa para a aquisição do papel de cuidador principal. A este propósito, Shanas (1979, citado por Martín, 2005) defende a existência de uma ordem de preferência na aquisição do papel de cuidador (cônjuge – filhos – outros familiares – amigos), à qual denominou de *modelo hierárquico compensatório* ou *modelo de substituição*. Deste modo, quando um idoso dependente é casado, a prestação de cuidados recai sobre o cônjuge e, perante a ausência ou impossibilidade deste, a responsabilidade passa para filhos e assim sucessivamente: outros familiares, amigos ou vizinhos. Assim, perante 44% de idosos dependentes casados e 40% de viúvos no presente estudo, os cuidadores principais são, na sua maioria, descendentes directos (48%) e cônjuges (38%) dos receptores de cuidados, parecendo confirmar o modelo de substituição de Shanas (1979).

No caso dos cuidadores secundários, a tarefa de cuidar, para além de ser assumida por pessoas com outro grau de parentesco (sobrinhos (14%), nora/genro (12%) e cunhado/a (12%)), grande parte é assumida também pelo sub-sistema filial (50%) (à semelhança do que acontece no grupo dos cuidadores principais).

Atentando na relação entre cuidadores secundários e principais os dados revelam que os primeiros tendem a ser filhos (32%) ou irmãos (26%) dos cuidadores principais. Além disso, a proximidade geográfica entre ambos é uma característica significativa, já que a maioria tende a viver na mesma casa (38,77%) ou na mesma rua/bairro (30,61%). Estes dados confirmam a perspectiva de Montgomey e Kosloski (2001), que defendem também existir uma ordem de selecção na aquisição do papel do cuidador secundário. Quando o cuidador principal é cônjuge do receptor de cuidados, o filho terá uma maior probabilidade em assumir o papel de cuidador secundário. Por seu lado, se o cuidador principal é filho, o cuidador secundário tende a ser cônjuge ou irmão deste.



Quanto ao rendimento mensal do agregado familiar dos cuidadores, os resultados revelam que os cuidadores secundários apresentam um rendimento superior (de 600 a 1500 euros) ao dos principais (de 300 a 700 euros). Esta situação pode dever-se à condição de reformados dos cuidadores principais. Por outro lado, as despesas inerentes à tarefa de cuidar: despesas médicas e medicamentosas crescentes e consequentes necessidades (crescentes) do idoso dependente, contribuem ainda para um maior constrangimento financeiro do agregado. Aliás, a escassez de rendimentos, fruto dos baixos valores das pensões de reforma, a par com as elevados custos que a doença e a dependência do idoso implicam, leva a uma das necessidades mais evidenciadas na literatura acerca do processo de cuidar: a de apoio financeiro (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Além disso, ao analisar-se a articulação dos cuidados prestados ao idoso dependente e os respectivos apoios recebidos, percebe-se que é a família, sobretudo o cônjuge (19%) que assegura o apoio financeiro ao cuidador principal.

### **Cuidadores principais e secundários: Que cuidados prestam? Como se sentem com a vida?**

A tarefa de cuidar tende a ser uma experiência de longa duração (Le Bris, 1994; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Tão longa, aliás, que Aneshensel *et al.* (1995) a designam como a “carreira inesperada” estabelecendo um paralelismo entre a evolução e desenvolvimento da tarefa de cuidar e uma carreira profissional.

No entanto, e segundo Le Bris (1994), o início da prestação de cuidados é, por vezes, difícil de definir com precisão. Veja-se o caso dos cuidadores que assumem a tarefa de cuidar lenta e progressivamente, em função da lenta perda das capacidades do idoso. “O seu início é difícil, ou mesmo impossível de datar. (...) A pessoa passa a prestar cuidados, sem se dar conta, sem ter tomado conscientemente a decisão” (Le Bris, 1994:71). Por outro lado, se na origem da assunção da tarefa de cuidar estiver um acontecimento súbito (doença, acidente, por exemplo) a definição de uma data de início com maior precisão já é possível.

No caso dos participantes, constatou-se que, relativamente à **duração de cuidados**, existe uma distribuição idêntica entre os cuidadores principais e os cuidadores secundários, sendo que os cuidados prestados por ambos os grupos de cuidadores tendem a durar entre seis meses a oito anos.

Por outro lado, está-se perante distribuições diferentes quando se compara as horas semanais dedicadas à prestação de cuidados, em ambas as sub-amostras: verifica-se que os cuidadores principais prestam, na sua maioria, cuidados permanentes ao idoso



dependente (78%) e que os cuidadores secundários apoiam entre 9 a 40 horas semanais (68%).

A variabilidade de tempo dedicada ao cuidado encontrada entre as sub-amostras parece relacionar-se com o tipo de apoio prestado ao idoso dependente por cada uma delas. De facto, o cuidador familiar principal, assumindo a responsabilidade pelos cuidados, acaba também por prestar apoio directo ao nível das actividades básicas e instrumentais de vida diária ao idoso dependente. Já o apoio a cargo dos cuidadores secundários aparece como complementar ao dos cuidadores principais (Martin, 2005; Gaugler *et al*, 2003; Reyes, 2001; Teunisse e Derix, 1997; Whitlatch, 1996; Le Bris, 1994; Tennstedt, 1989). Assim, no âmbito das tarefas prestadas, os resultados revelaram que os cuidadores secundários tendem a concentrar o seu apoio ao nível das actividades instrumentais da vida diária (por exemplo, no transporte do familiar dependente, fazer compras ou gestão financeira). Por seu turno, os cuidadores principais assumem toda uma variedade de cuidados, desde os cuidados pessoais à supervisão regular, verificando-se que as percentagens mais expressivas dizem respeito às actividades básicas (cuidados pessoais e mobilidade).

Salienta-se aqui a importância das tarefas desempenhadas pelos cuidadores secundários, como apoio suplementar aos cuidadores principais. Tal como a literatura tem revelado (Dupuis, Epp e Smale, 2004; Martin, 2005; Whitlatch e Noelker, 1996; Tennstedt, McKinlay, e Sullivan, 1989), para além do apoio emocional, instrumental e financeiro, a presença do cuidador secundário pode incrementar o tipo ou a quantidade de ajuda recebida pela pessoa dependente, ser uma fonte de apoio social ao cuidador principal, bem como exercer um impacto positivo ao nível do bem-estar psicológico deste.

As diferenças entre os dois grupos de cuidadores no que diz respeito ao tempo semanal dedicado à prestação de cuidados e às tarefas desempenhadas, parecem ser influenciados pelo factor coabitação, grau de parentesco, género e situação na profissão. Note-se que grande parte dos cuidadores principais pertence aos sub-sistemas filial (48%) e conjugal (38%), são mulheres (74%), reformados (60%) e vivem na mesma casa do receptor de cuidados (88%), podendo justificar a grande variedade e intensidade dos cuidados prestados.

No caso dos cuidadores secundários, a variedade e a intensidade dos cuidados parece estar comprometida pelo facto de estes terem de conjugar a tarefa de cuidar com a sua situação laboral. A distância geográfica entre estes cuidadores e o idoso dependente pode ainda justificar o padrão de cuidados prestados, uma vez que 50% vivem geograficamente distantes dos idosos.



O presente estudo visou também analisar e compreender como se articulam os cuidados prestados entre os cuidadores principais e outras redes de suporte (formal e informal) ao idoso dependente. Assim, verificou-se que a quase totalidade dos cuidadores principais (84%) afirma ter colaboração de outras pessoas ou serviços, sendo que destes, 62% afirmam pagar por essa colaboração – recurso a serviços de apoio formal (Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia) e empregada doméstica. Analisando a especificidade dos cuidados prestados pelas redes formais, verifica-se que estas assumem maior expressão nas actividades básicas de vida diária (nomeadamente, ao nível dos cuidados pessoais e da mobilidade). Nas actividades instrumentais de vida diária (por exemplo, trabalhos domésticos, gestão da medicação e dinheiro) é a família que aparece mais uma vez como o maior apoio ao cuidador principal, sendo a tarefa de supervisão regular partilhada entre a empregada doméstica e o cônjuge.

A figura dos netos, no presente estudo, assume particular importância na articulação com o cuidador principal, no que respeita ao apoio emocional (14,3%). Esta conclusão vai ao encontro das investigações de Fruhauf, Jarrott e Allen (2008) e de Orel e Dupuy (2002) cujos resultados revelam que os netos são responsáveis por uma variedade de tarefas. São referidos como motivos de assunção deste papel pelos netos, o “dever familiar” de colaboração na tarefa de cuidar, assim como a preparação para o futuro, altura em que poderão assumir a principal responsabilidade do cuidado.

A importância da articulação entre o cuidador principal e outras redes de apoio é bem visível num relatório alemão referido pelo estudo de Le Bris (1994, 111): “parece claramente que a existência de redes sociais sólidas à volta da pessoa que presta cuidados têm sobre esta efeitos libertadores consideráveis, apesar de ela continuar a deter a principal responsabilidade”. Segundo a autora “as redes, tanto formais como informais, que servem de apoio à pessoa que presta cuidados são tidas como essenciais para a continuação do trabalho (...), porque impedem que a pessoa se afunde progressivamente no isolamento”.

Apesar da existência de terceiros a colaborar na prestação de cuidados ao idoso dependente, e da importância que essas redes assumem no bem-estar dos cuidadores, a verdade é que ambas as sub-amostras se encontram pouco satisfeitas com a vida. Além disso, verificaram-se diferenças significativas ( $t=2,84$ ;  $p=0,005$ ) entre cuidadores principais e secundários: os principais tendem a sentir-se menos satisfeitos com a vida quando comparados com os secundários. Embora o impacto da experiência de cuidar sobre a satisfação com a vida não tenha sido alvo de análise neste estudo, os resultados vão, de certo modo, ao encontro da investigação prévia (Vitaliano *et al.*, 1990; Figueiredo, 2007),





isto é, a prestação de cuidados parece interferir adversamente no bem-estar de ambos os grupos de cuidadores.

Desta forma, a tarefa de longa duração e de supervisão regular inerente à condição de cuidar de um idoso dependente poderá contribuir para a compreensão dos valores encontrados, bem como conferir “à prestação de cuidados a natureza de *stressor* crónico, na medida em que parece intervir adversamente no bem-estar dos indivíduos” (Figueiredo, 2007: 305).

A adequação dos serviços de apoio formal às necessidades do cuidador e do idoso dependente também foi analisada a partir da percepção dos participantes. Observou-se que os cuidadores principais tendem a considerar que as suas necessidades são satisfeitas (ou não) quando percebem que as necessidades dos seus familiares dependentes também são atendidas (ou não): a percentagem de cuidadores que percepciona a adequação (ou total inadequação) dos serviços às suas necessidades (32%) coincide com a percentagem daqueles que consideram que os serviços satisfazem em muito (ou nada) as necessidades dos seus idosos (32%).

Atendendo à variação de resultados obtidos, no que respeita à percepção dos cuidadores principais acerca da satisfação das suas necessidades como cuidadores, verificou-se o seguinte: os serviços formais não satisfazem nada (32%) ou satisfazem muito (32%), podendo-se apresentar duas hipóteses explicativas para esta situação. Em primeiro lugar, se se focar a atenção no grau de dependência dos idosos receptores de cuidados, constata-se que estes são totalmente dependentes na realização das Actividades Básicas de Vida Diária. Verifica-se também, através dos resultados, que o apoio prestado pelos serviços formais ao idoso dependente incide, na sua maioria, nos cuidados pessoais. Logo, esta diferença em termos de satisfação das necessidades dos cuidadores (32% dos serviços formais satisfazem muito e 32% não satisfazem nada) poderá, numa primeira análise, dever-se à não adequação do plano de cuidados prestado ao idoso dependente e às suas reais necessidades. Isto é, não existir uma oferta de serviços adequados às necessidades dos idosos dependentes e seus cuidadores, como referencia Lépine e Nobecourt (citados por Le Bris, 1994). Por outro lado, a dificuldade de percepção dos cuidadores acerca das suas próprias necessidades poderá explicar, também, esta diferença de resultados. Tal como afirma Le Bris, “nem sempre é fácil conhecer as necessidades das pessoas que prestam cuidados. Estas têm dificuldade em formulá-las e (...) em imaginá-las” (1994:119). Por último, a dificuldade de aceitação, por parte do cuidador, de ajuda externa (serviços formais) poderá explicar a fraca ou nula satisfação dos cuidadores familiares, relativamente à satisfação das suas próprias necessidades, bem como do idoso dependente. Tal como constata Irene Steiner-Hummel



(citada por Le Bris, 1994:126), a partir dos seus trabalhos de pesquisa, "a decisão a favor de entregar o parente idoso ao cuidado de profissionais, significa, em primeiro lugar, o fim de um processo de decisão e de distanciamento".

### Cuidadores principais e secundários: Porque cuidam?

Outro dos objectivos desta pesquisa consistiu em conhecer e comparar os dois grupos de cuidadores em relação aos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados.

Ao tentar hierarquizar-se os motivos subjacentes à assunção da tarefa de cuidar (quadros 3 e 4), atendendo à sua ordem de referência, em ambos os grupos de cuidadores, verificou-se que a maioria (66%) dos cuidadores principais referenciam o motivo "por ter sido sempre vontade do familiar". Seguem-se os motivos "por amor ou ternura" (42%), "por obrigação ou dever" (40%). No que concerne aos cuidadores secundários, constata-se que o motivo, associado à categoria afectiva, "por amor, ternura" é evocado por 92% dos participantes. Os motivos "por não querer colocar o seu familiar num lar" (46%) e por obrigação ou dever (44%) aparecem como segundo e terceiro motivos mais referenciados.

**Quadro 3: Hierarquia dos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados – cuidadores principais**

Motivos (CFP)	
	%*
por ter sido sempre vontade do familiar	66
por amor, ternura	42
por obrigação e dever	40
por não querer colocar o familiar num lar	30
porque vive com o seu familiar há muito tempo	20
porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	16
por proximidade geográfica	12
porque as mensalidades num lar são muito caras	8
por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	8
porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família	6
porque as estruturas de apoio que existem não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar	4
para evitar a censura dos outros	2
porque não existem estruturas de apoio	2
porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	2

\* Esta percentagem resulta da diferença entre a percentagem total e da percentagem das razões não referenciadas



**Quadro 4: Hierarquia dos motivos subjacentes à assunção da prestação de cuidados – cuidadores secundários**

Motivos (CS)	%*
por amor, ternura	92
por não querer colocar o familiar num lar	46
por obrigação e dever	44
porque o cuidador principal precisa de ajuda	34
porque é essa a vontade do cuidador principal	28
por ter sido sempre vontade do familiar	26
por proximidade geográfica	6
porque não existem estruturas de apoio	6
porque vive com o seu familiar há muito tempo	6
porque as mensalidades num lar são muito caras	4
por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	4
para evitar a censura dos outros	2
porque não encontra uma pessoa de confiança que possa tratá-lo	2
porque as estruturas de apoio que existem não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar	0
porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	0
porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	0
porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família	0

\* Esta percentagem resulta da diferença entre a percentagem total e da percentagem das razões não referenciadas

De referir que, de entre os motivos apresentados, existem quatro para os quais nenhum cuidador secundário fez referência: "porque as estruturas de apoio que existem não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar", "porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais", "porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais" e "porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família". A não referência de motivos relacionados com a prestação de cuidados pelos serviços formais, bem como a sua adequação às necessidades do idoso vai ao encontro da avaliação que estes cuidadores fazem dos serviços formais (como anteriormente já referenciado): 32% referem que os serviços formais satisfazem muito ou totalmente as necessidades do idoso dependente. Os motivos relacionados com a categoria financeira, isto é, cuidar do idoso traz ou trará benefícios ao cuidador, não aparecem, de igual modo, referenciados por estes cuidadores. Quando comparados com as percentagens dos cuidadores principais, verifica-se que, embora dos motivos menos referenciados, 6% afirma cuidar "porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família" e 2% "porque a pessoa que cuida terá possibilidade de herdar mais".



Estes dados, poderão ser explicados pelos baixos rendimentos mensais dos agregados dos cuidadores principais e pelas crescentes despesas associadas à tarefa de cuidar, como, também, já referido anteriormente.

Retomando o perfil dos cuidadores, respeitante à variável grau de parentesco com o idoso dependente, verifica-se que os cuidadores principais são, na sua maioria, filhos e cônjuges dos idosos receptores de cuidados. Desta forma, o peso da vertente normativa, dever social, é reforçado nas sociedades nas quais o dever filial é aceite como “lei”, implicando que se sintam valorizados por assumirem o cuidado dos seus ascendentes. Por outro lado, o facto de afirmarem assumir o cuidado por “ter sido sempre vontade do familiar” remete para o conceito de dever moral, significando que a prestação de cuidados é direccionada para o receptor de cuidados, numa lógica de reciprocidade e de gratidão (Sousa, Cerqueira e Figueiredo, 2004; Le Bris, 1994). No que respeita ao sub-sistema conjugal, Le Bris (1994) faz referência à solidariedade conjugal vitalícia, associada aos valores do cristianismo, “uma vez que as pessoas se casam para o melhor e para o pior” (1994, 84).

Contrariamente à perspectiva de Le Bris, que afirma não ser a componente afectiva “uma condição para a prestação de cuidados” (1994, 85), esta aparece como uma das categorias mais importante de motivos, indo ao encontro da perspectiva de Kolmer *et al.* (2008) que defende que os sentimentos respeitantes à relação cuidador e o receptor de cuidados estão também na base da assunção da tarefa de cuidar.

A recusa e/ou afastamento da decisão de institucionalização, que se verificou em 30% dos cuidadores principais, pode ser explicada, tal como Pimentel (2001) defende, pela conotação negativa atribuída aos lares – família como incapaz de assumir a tarefa de cuidar. Por outro lado, esta recusa e/ou afastamento da institucionalização poderá aparecer associada à componente cultural, de responsabilização da família pela manutenção do idoso no seu domicílio, com desinvestimento do Estado, típica das políticas europeias em matéria de apoio ao idoso dependente, em países do Sul da Europa, como Portugal, Itália ou Espanha (Figueiredo, 2007). Também as razões encontradas no estudo de Brodety *et al.* (2005), poderão explicar a fraca ou não aceitação dos serviços formais, por parte dos cuidadores. De referir que o estudo se debruçou sobre os cuidadores de pessoas com demência. Por um lado, se a tarefa destes cuidadores é mais *stressante* e exigente, quando comparada com os cuidados a idosos fisicamente dependentes, apresentando baixos níveis de satisfação com a vida, elevados níveis de ansiedade e depressão, são aqueles que usufruem menos de apoio dos serviços formais. As razões encontradas parecem variar em função dos níveis de sobrecarga do cuidador, grau de dependência dos receptores de cuidados, bem como



da (in)existência de apoio informal. Desta forma, razões como: negação da necessidade; invasão da privacidade; a não vontade de interferência de terceiros na tarefa de cuidar; medo da perda do papel e recusa por parte dos receptores de cuidados parecem constituir, segundo os autores, as razões de recusa do apoio de serviços formais. Por outro lado, são também evocadas razões relacionadas com as características dos serviços e com a ausência de conhecimento da existência dos mesmos: baixo conhecimento de adequação dos serviços às necessidades; serviços não adequados às necessidades e prestados por períodos de tempo inapropriados à situação, bem como a preocupação com a qualidade dos serviços prestados e o seu custo.

No que respeita aos cuidadores secundários estes são, na sua maioria, filhos, sobrinhos, noras/genros e cunhados dos idosos dependentes. Para além do “por amor e ternura” pelo idoso dependente, a necessidade de ajuda do cuidador principal é outro dos motivos evocados pelo cuidador secundário. O afecto e o sentido de responsabilidade do cuidador secundário para com o cuidador principal e para com a pessoa dependente pode, segundo Reyes (2001), ser fundamental para a superação das diferentes vulnerabilidades dos idosos e dos cuidadores principais, no contexto de domicílio.

Os resultados deste trabalho indicam que cuidadores principais e secundários actuam numa lógica de complementariedade, podendo contribuir, segundo Gaugler (2003) para a diminuição da sobrecarga dos principais e retardar a decisão de institucionalização do idoso dependente (segundo motivo evocado pelos secundários). Existindo uma relação familiar entre os cuidadores secundários e os receptores de cuidados, a vertente normativa aparece como outro dos motivos mais evocados, podendo ser explicado também pelo dever social e moral atribuído à família no cuidado aos seus idosos dependentes.

Os **motivos de continuação da prestação de cuidados**, revelam-se, segundo Jane-Le Bris (1994), idênticos aos que levaram ao seu início. “A força das limitações é decisiva para as resistências contra tudo e contra todos, da pessoa que presta cuidados e para a sua determinação em continuar ao longo dos anos, à medida que se deteriora o estado de saúde, e à medida que a situação se agrava” (Le Bris, 1994:86).

No presente estudo, os **motivos para a possível cessação da tarefa de cuidar**, apresentados pelos cuidadores principais, parecem corroborar a perspectiva do autor, na medida em que se prendem, sobretudo, com situações extremas de impossibilidade de continuidade dos cuidados: doença ou falecimento do cuidador principal. Mais uma vez, as razões de índole cultural podem ajudar a compreender este adiamento da



cessação da tarefa de cuidar, ou seja, a noção de dever da família em assumir as responsabilidades da tarefa de cuidar.

Outro das variáveis em estudo prende-se com a **possível assunção da tarefa de cuidar pelos cuidadores secundários**, na impossibilidade dos principais. Os dados permitem-nos afirmar que a maioria (54%) dos cuidadores secundários estão disponíveis para assumir esta tarefa. Os motivos evocados remetem-nos para as categorias afectiva ("por amor ou ternura") e normativa ("dever e responsabilidade"; "serem descendentes directos dos idosos dependentes"). Percebe-se, a partir destes dados, que a tarefa de cuidar tenderá a pertencer à esfera familiar, na medida em que os cuidadores secundários são, na sua maioria, familiares quer dos receptores de cuidados, quer dos cuidadores principais.

## VI. Implicações, Limitações e Perspectivas

A realização deste estudo permitiu conhecer o perfil dos cuidadores, principais e secundários, do idoso dependente, perceber os motivos que estão na base da assunção da tarefa de cuidar por estes cuidadores podendo contribuir para um conhecimento mais sólido nesta área, bem como ajudar a planificar as políticas e as intervenções.

De seguida, pretende-se apresentar as implicações que as conclusões emergentes poderão trazer à intervenção, bem como à possível formulação de políticas em torno da prestação de cuidados a idosos dependentes.

Atendendo ao apelo de desinstitucionalização, defendida pelas políticas de apoio ao idoso dependente, nos países europeus, e à forte influência cultural nos países do sul da Europa, como é o caso de Portugal, nos quais a tarefa de cuidar como um dever de reciprocidade e de solidariedade entre os sub-sistemas familiares, colocam-se as seguintes questões:

- Ao pretender-se intervir na potencialização das redes informais, não se estará a sobrecarregá-las em demasia?
- Será que o afastamento/recusa da institucionalização, que está sempre presente, influenciada, claramente, por variáveis culturais, não poderá ser ultrapassado por uma planificação conjunta (redes informais e formais) dos serviços?
- Como facilitar o trabalho dos prestadores informais, potenciando a permanência do idoso no seu domicílio, garantindo a parceria entre "o sentimento de dever" da família e qualidade de vida do idoso e cuidador familiar?
- Como se pode facilitar a tarefa da família, sem a desresponsabilizar?



Partindo dos dados da investigação prévia, corroborados pelos do presente estudo, os principais cuidadores do idoso dependente são mulheres. Atendendo à crescente introdução da mulher no mercado de trabalho e ao facto desta dividir a sua actividade laboral com a tarefa de cuidar, os níveis de sobrecarga tendem a aumentar com as crescentes exigências inerentes aquela tarefa, decorrentes da dependência do receptor de cuidados, podendo os níveis de satisfação com a vida diminuir.

Neste sentido, ao apostar-se em políticas sociais que permitissem ao cuidador a opção de cuidar e, da mesma forma, gerir esta opção, poderia contribuir para níveis mais elevados de satisfação. Deveria o cuidador poder optar por manter a sua actividade laboral, a tempo parcial e, ao mesmo tempo, prestar os cuidados ao seu familiar, contribuindo esta gestão, também, para a diminuição da sobrecarga sentida pelo cuidador.

Por outro lado, as redes de suporte formais são, neste processo, um factor importante. Em primeiro lugar seria necessário apostar na (re) conceptualização das diversas respostas sociais (por exemplo: serviço de apoio domiciliário, centro de dia), tentando a alteração da forma como estas são vistas quer pelos técnicos, quer pelos cuidadores. Neste sentido, ao apostar-se nas redes de suporte formais numa lógica de articulação/complementariedade com as redes informais, poderia a mesma reflectir-se positivamente na satisfação com a vida dos cuidadores.

Esta articulação poderia passar, pela evolução do modelo de equipa transdisciplinar, no qual se baseia actualmente a intervenção dos profissionais, para o modelo colaborativo (Glennen e DeCoste, 1997). Este modelo preconiza a participação de profissionais de várias áreas, de outros elementos que façam parte da rede pessoal social do idoso (familiares, amigos, vizinhos, voluntários, entre outros), e do próprio idoso, na avaliação das necessidades e consequente definição do plano de cuidados. Desta forma, para além de envolver profissionais de áreas diferentes, pretende-se que exista uma grande colaboração e partilha de conhecimento, não estando os profissionais focalizados nas suas áreas de especialidade, mas sim no utente. Pretende-se uma aproximação integrada na prestação de cuidados, obrigando a uma partilha de responsabilidades, sendo que o foco central da prestação de cuidados é o utente e, consequentemente, o seu cuidador. Desta forma, a implicação da família e do receptor de cuidados em todo o processo de prestação de cuidados: elaboração, operacionalização e (re) avaliação do plano de cuidados a prestar/prestado ao idoso dependente, é um factor determinante para a adequação das respostas às necessidades.



O que a literatura tem demonstrado (por exemplo, Duppuis, Epp e Smale. 2004) é que os cuidadores que percebem os serviços como benéficos para si e, em simultâneo, para os seus familiares dependentes têm mais probabilidade de continuar a usar esses serviços. Ou seja, a percepção de benefício mútuo pode ajudar a minimizar sentimentos de culpa e, por sua vez, influenciar a aceitação da ajuda formal. Sobre a percepção do benefício mútuo é de referenciar que, tal como descrito na literatura (Brodety *et al.* 2005), muitas vezes a ideia do afastamento e/ou recusa de recurso aos serviços formais se prende com o facto de estes serem, muitas vezes, insuficientes para as necessidades existentes. Isto é, não adequados às necessidades e prestados por período de tempo inapropriados à situação. Por isso, a percepção das necessidades, por ambos os elementos (cuidador e receptor), constitui um elemento-chave para a delineação do plano de cuidados, devendo, as respostas apresentadas pelos serviços formais, ter como base objectivos de natureza individual e ser diferenciadas, de acordo com as necessidades do idoso e seu cuidador.

Se se pensar nas mais valias da TIC (Tecnologias da Informação e da Comunicação) estas poderiam, de igual forma, responder ao desafio de facilitar o trabalho dos prestadores informais, potenciando a permanência do idoso no seu domicílio. Portais de aconselhamento e centros integrados de recursos poderiam auxiliar os prestadores informais quando a rede formal não o pode fazer.

Apresentam-se como **limitações** do presente estudo aspectos relacionados com a amostra: tamanho e tipo de amostragem utilizado. O tamanho reduzido da amostra exige algumas reservas relativamente à generalização dos resultados obtidos, assim como o tipo de amostragem utilizado – por conveniência. A amostra foi constituída com a colaboração de instituições prestadoras de apoio a idosos, que identificaram os participantes, tendo em conta os critérios definidos. Este procedimento poderá trazer algum enviesamento nos resultados, na medida em que se está perante sujeitos que já usufruem de algum tipo de apoio (formal). O facto de já terem recorrido a este tipo de ajuda, remete, conforme a investigação prévia, para o facto de se estar perante cuidadores com um grau de “sobrecarga” elevado e, consequentemente, mais insatisfeitos com a vida. No entanto, permitiu perceber que, apesar da existência da colaboração entre os cuidadores e serviços formais, ambos os cuidadores se encontram pouco satisfeitos com a vida, e consequentemente reflectir sobre a importância da articulação entre as redes formais e informais, numa lógica de complementariedade, baseada nas necessidades dos idosos e seus cuidadores.

Futuramente, no sentido de aprofundar o conhecimento relacionado com a satisfação com a vida dos cuidadores, seria interessante explorar o impacto da





experiência de cuidar na a satisfação com a vida dos cuidadores, procurando-se estabelecer relações de causalidade.

Seria também interessante explorar o papel do idoso dependente na prestação do cuidado, de forma a: tentar encontrar "soluções" para a passividade do seu papel e novas respostas de prestação de cuidados, tornando o idoso menos dependente dos serviços e da família (embora, isto dependa muito das questões culturais e da forma como cada um percebe a sua velhice).

## VII. Conclusão

Tornou-se evidente ao longo deste trabalho que a família é o principal prestador de cuidados ao idoso dependente, na medida em que cuidadores principais e secundários pertencem à esfera familiar. Percebe-se, igualmente, que a tarefa de cuidar tenderá a continuar a pertencer à esfera familiar. Ou seja, cessando a tarefa de cuidar pelos cuidadores principais, também familiares do idoso dependente assumirão esta tarefa.

Os resultados revelam ainda que os níveis de satisfação com a vida, de ambos os grupos de cuidadores, são baixos podendo estes, hipoteticamente, derivar do grau de dependência do idoso e consequente exigência do padrão de cuidados prestados. Isto é, quanto maior o grau de dependência, maior a exigência ao nível da quantidade de cuidados prestados, bem como do número de tempo de dedicação à tarefa de cuidar, ainda que se articulem com os serviços formais.

Outra das constatações do estudo prende-se com a percepção, por parte dos cuidadores, acerca satisfação das necessidades. Parece emergir a ideia de que os cuidadores sentem que as suas necessidades estão satisfeitas (ou não) em função da satisfação (ou não) das necessidades dos seus familiares, por parte dos serviços formais.

No que concerne aos motivos que estão na base da assunção da tarefa de cuidar, os resultados revelam que os motivos associados às categorias afectiva e normativa são os mais referenciados pelos cuidadores principais. Assim, estes cuidam para ir ao encontro da "vontade do seu familiar", "por amor ou ternura", mas também por "obrigação e dever". No que concerne aos cuidadores secundários, o motivo referenciado prende-se com a categoria afectiva, seguido do afastamento/recusa de institucionalização do familiar e do cuidar "por dever".

O conhecimento dos contextos e dinâmicas da prestação de cuidados parece permitir traçar estratégias de intervenção no sentido do apoio ao cuidador informal, atendendo ao comprometimento (cada vez maior) da sua disponibilidade em prestar cuidados, consequente às alterações demográficas e da estrutura familiar.



Paralelamente, o conhecimento mais aprofundado acerca do perfil e papel do cuidador secundário, enquanto agente de cuidados, parece, de igual forma, ajudar a orientar a intervenção dirigida às famílias em sobrecarga e, conseqüentemente, conhecer os possíveis factores predictores para a baixa satisfação com a vida dos cuidadores. Note-se que a literatura tem privilegiado os cuidadores principais.

Investigações futuras deveriam adoptar uma abordagem integradora que permitisse perceber o papel do idoso dependente na dinâmica de prestação de cuidados, de forma a tentar tornar o idoso menos dependente dos serviços e da sua família. Desta forma tentar-se-ia perspectivar uma intervenção baseada numa lógica de equipa de trabalho colaborativo, apostando-se na complementariedade entre redes de suporte formal e informal, pretendendo facilitar a tarefa da família sem a desresponsabilizar.



## Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica*. Coimbra, Quarteto.
- Brito, L. (2002). *A Saúde mental dos Prestadores de Cuidados e Familiares Idosos*. Coimbra, Quarteto.
- Brodaty, M., Thomson, C., Thompson, C., & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 537-546.
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística.
- Cerrato, I.M., & Baltar, A.L. (2004). Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. *Boletín sobre el envejecimiento*, 13, 1-16.
- Diener, E., Emmons R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dupuis, S.L., Epp, T., & Smale, B. (2004). Caregivers of Persons with Dementia: Roles, Experiences, Supports and Coping - a Literature Review. *Murray Alzheimer Research and Education Program*, University of Waterloo.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R., & Nogueira, D. (2007). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra, mar da palavra.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa, Climepsi.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Fruhauf, C.A., Jarrott, S.E., & Allen, K.R. (2006). Grandchildren's Perceptions of Caring for Grandparents. *Journal of Family Issues*, 27(7), 887-911.
- Garcia-Calvente, M.D.M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A.P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad, *GAC Sanit*, 18(1), 132-139.



- Gaugler, J.E., Mediondo, M., SMITH, C.D. & Smhitt, F.A. (2003). Secondary dementia caregiving and its consequences. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 300-308.
- Glennen, S., DeCoste, D. (1997). *Handbook of Augmentative and Alternative Communication*. San Diego, Singular Publishing Group.
- Instituto DE Segurança Social, I. P. (2005). *Situação Social dos doentes de Alzheimer – um estudo exploratório*. Fundação Montepio Geral.
- Kinney, M. J. (1996). Home Care and Caregiving in J. Birren (Ed), *Enciclopedia of Gerontology. Age, Aging and the Aged*, SanDiego, Academia Press, 667-678.
- Kolmer, D.B.G., Tellings, A., Gelissen, J., Garretsen, M., & Bongers, I. (2008), A view from inside the family - long term care giving. Ranked motives of long-term care providing family caregivers. *Nordic College of Caring Science*, 22, 29-39.
- Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Lisboa, Conselho Económico e Social.
- Lezaun, J.J.Y., & Salanova, M.P. (2001). *Apoyo Informal e demencias: es possible descubrir nuevos caminos?*, Matia Fundazida
- Lezaun, J., Arrazola, F. & Arrazola, M. (2001). *Apoio informal e cuidado de las personas mayores dependientes*. MATIA Fundazida.
- Marín, D., & Casasnovas, G. (2001). *Vejez, dependência y cuidados de larga duración. Situación actual e perspectivas de futur*. Fundación "la Caixa".
- Martin, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social in C. Paúl e A. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi, 179-202.
- Murrugat, M.L.(2005). La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. *Revista Mul Gerontol*, 15(3), 171-177.
- Noelker, L.S., & Wallace, W.R. (2008). The organization of family care for impaired elderly, *Journal of Family Issues*, 6(1), 23-44.



- Nolan, M., Grant, G., & Keady, J. (1996). *Understanding family care*. Buckingham, Open Univ.
- Orel, N.A., & Dupuy, P. (2002). Grandchildren as auxiliary caregivers for grandparents with cognitive and/or psysical limitation: coping strategies and ramifications. *Child Study Journal*, 32 (4), 193-213.
- Parks, S. M., & Novielli, K. D. (2003). Alzheimer's disease caregivers: Hidden patients. *Clinical Geriatrics*, 11(5), 34-38.
- Peralin, L., Mullan, J., Semple, S., & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família. Contextos e trajetórias*. Coimbra, Quarteto.
- Relvas, A. P., & Alarcão, M. (coords.) (2002). *Novas Formas de Família*. Coimbra, Quarteto.
- REYES, M.C. (2001). Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. IV Reunion de *Antropologia do Mercosul*. Curitiba, Brasil.
- Ruzafa, C., J., & Moreno, J. D. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*, 71, 127-137.
- Salanova, M.P., & Lezaun, J.J.Y. (1998). Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. *Anales de psicologia*, 14(1), 95-104.
- Schulz, R., & Williamson, G. (1994). Health effects of caregiving: prevalence of mental and physical illness in Alzheimer's caregivers. in E. Light, G. Niederehe & B. Lebowitz (eds.), *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients*, Nova Iorque, Springer Publishing Company, 38-75.
- Semple, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: it's dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 35, 771-791.
- Silverstein, M., Gans, D., & Yang, F.M. (2006), Intergenerational support to aging parents - the role of norms and needs. *Journal of Family Issues*, 27(8), 1068-1084.



- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS), *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503-515.
- Solis, C. L. B., Arrioja, S. G., & Manzano, A. O. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Nuevos Horizontes*, vol.4, 81-85.
- SOUZA, D., FIGUEIREDO, D., & CERQUEIRA, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Porto, Âmbar.
- Stull, D.E., Kosloski, K., & Kercher, K. (1994). Caregiver burden and generic well-being: Opposite sides of the same coin?, *The Gerontologist*, 34, 88-94.
- Tennstedt, S. (1999). Family Caregiving in an Aging Society, apresentado no U.S.Administration Symposium: Longevity in the New American Century, Baltimore, MD, 29 de Março.
- Tennstedt, S. L., McKinlay, J. B., & Sullivan, L. M. (1989). Informal care for frail elders: the role of secondary caregivers. *The Gerontologist*, 29(5), 677-83.
- Teunisse, S., & Derix, M.M.A. (1997). Functional and global evaluations. The interview for deterioration in daily living activities: agreement between primary and secondary caregivers. *International Psychogeriatrics*, 9(1), 155-162.
- Vitaliano, P., Scanlan, J., & Zhabg, J. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (6), 946-972.
- Whitlatch, C. J., & Noelker, L. S. (1996), Caregiving and Caring in J. Birren (Ed), *Enciclopedia of Gerontology*. SanDiego, Academia Press, Vol.1, 253-268.



## ANEXOS



## **ANEXO I – QUESTIONÁRIO APLICADO AO CUIDADOR PRINCIPAL**





**SECÇÃO AUTÓNOMA CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE AVEIRO**

---

A Universidade de Aveiro, no âmbito do Mestrado em Gerontologia, está a desenvolver um estudo acerca da saúde das pessoas que prestam cuidados a um familiar idoso em situação de dependência.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração através do preenchimento dos seguintes questionários.

Não existem respostas certas ou erradas, mas o que importa é o modo como se sente relativamente a cada questão. Assim, pedimos que responda o mais honestamente possível a cada item.

Se não tiver a certeza acerca da resposta a dar, dê-nos aquela que considerar mais apropriada, mas nunca deixe de responder.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados. Assim, a informação fornecida nunca será usada de modo a poder ser identificado(a).

Antes de continuar, pedimos-lhe que nos responda à seguinte questão:

**Considera-se a principal pessoa responsável pela prestação de cuidados ao seu familiar dependente?**

Sim ☐

Não ☐

**Muito obrigado pela sua colaboração!**



## QUESTIONÁRIO GERAL

### Informações acerca do cuidador principal

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Estado civil:**

Casado(a)/Em união de facto ☐  
Viúvo(a) ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐  
Solteiro(a) ☐

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐  
1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐  
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐  
3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐  
Ensino secundário (12.º ano) ☐  
Curso médio ☐  
Ensino superior ☐

5. **Situação na profissão** (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro ☐  
Empregado(a) a tempo parcial ☐  
Reformado(a)/pensionista ☐  
Desempregado(a) ☐  
Estudante a tempo inteiro ☐  
Doméstica ☐  
Outra ☐

Especificar: \_\_\_\_\_

6. Qual a sua **profissão** (actual ou a última)? \_\_\_\_\_

7. Qual é o seu **grau de parentesco** com a pessoa a quem presta cuidados?

Cônjuge/companheiro(a) ☐  
Filho(a) ☐  
Irmão(ã) ☐  
Nora/genro ☐  
Outro membro da família ☐  
Quem? \_\_\_\_\_



8. Tem algum filho a cargo?

Não

☐

Sim

☐

Quantos? \_\_\_\_\_

Idades: \_\_\_\_\_

9. Qual a **distância física** entre si e a pessoa a quem presta cuidados?

Vivem na mesma casa

☐

Vivem no mesmo bairro/rua

☐

Vivem na mesma terra (a menos de 10 km)

☐

Vivem em terras próximas (menos de 30 km)

☐

Vivem a mais de 30 km de distância

☐

Outra situação

☐

↳ Especificar: \_\_\_\_\_

10. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa?

Entre 6 meses e 1 ano

☐

Entre 1 a 2 anos

☐

Entre 3 a 5 anos

☐

Mais de 5 anos

☐

↳ Especificar o n.º de anos: \_\_\_\_\_

11. Que **tipo de apoio/cuidados** presta frequentemente ao seu familiar?

(pode assinalar mais do que uma opção)

ABVD	Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>
	Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	<input type="checkbox"/>
AIVD	Efectuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	<input type="checkbox"/>
	Tomar os medicamentos	<input type="checkbox"/>
	Gerir o dinheiro	<input type="checkbox"/>
	Utilizar o telefone	<input type="checkbox"/>
	Ir às compras	<input type="checkbox"/>
	Tratar de assuntos burocráticos	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento a consultas médicas	<input type="checkbox"/>
	Transporte do familiar	<input type="checkbox"/>
	Passear/actividades de lazer	<input type="checkbox"/>
Apoio emocional (manutenção da auto-estima, clima de compreensão e encorajamento)		<input type="checkbox"/>
Apoio financeiro		<input type="checkbox"/>
Supervisão regular ("olhar pelo idoso" e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)		<input type="checkbox"/>

12. Em média, **quantas horas por semana** ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

0 a 8 horas

☐

9 a 20 horas

☐

21 a 40 horas

☐

Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes)

☐



**1º**

**2º**

**3°**

Não ☐

Sim ☐

[illegible]



16. Tem que **pagar** por essa colaboração?

Não ☐

Sim ☐ →

Especificar em que situações \_\_\_\_\_

17. Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não ☐

Sim ☐ → Quantos? \_\_\_\_\_

18. De um modo geral, poderá dizer que a **sua saúde** é:

Muito boa  
☐ 1

Boa  
☐ 2

Razoável  
☐ 3

Fraca  
☐ 4

Muito fraca  
☐ 5

19. Qual o **rendimento médio mensal** do seu agregado familiar?

<€ 150	<input type="checkbox"/>	[€ 150 - € 300[	<input type="checkbox"/>
[€ 300 - € 450[	<input type="checkbox"/>	[€ 450 - € 600[	<input type="checkbox"/>
[€ 600 - € 750[	<input type="checkbox"/>	[€ 750 - € 1000[	<input type="checkbox"/>
[€ 1000 - € 1500[	<input type="checkbox"/>	[€ 1500 e mais[	<input type="checkbox"/>

20. Quais os **três principais motivos** que o levaram a decidir a assumir a prestação de cuidados ao seu familiar dependente? (Adaptado de Instituto da Segurança Social, 2005)

Escolha **3 opções** por ordem de importância:

1 – razão mais importante

2 – razão importante

3 – razão moderadamente importante

Por amor, ternura	<input type="checkbox"/>
Por obrigação e dever	<input type="checkbox"/>
Por não querer colocar o familiar num lar	<input type="checkbox"/>
Por proximidade geográfica (viver geograficamente próximo)	<input type="checkbox"/>
Para evitar a censura dos outros	<input type="checkbox"/>
Porque não existem estruturas de apoio (serviços de apoio domiciliário, lares, centros de dia)	<input type="checkbox"/>
Porque as mensalidades num lar são muito caras	<input type="checkbox"/>
Porque as estruturas de apoio existentes não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar	<input type="checkbox"/>



Porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	<input type="checkbox"/>
Porque não encontro uma pessoa de confiança que possa tratá-lo	<input type="checkbox"/>
Por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	<input type="checkbox"/>
Porque vive com o seu familiar há muito tempo	<input type="checkbox"/>
Porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	<input type="checkbox"/>
Porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família	<input type="checkbox"/>
Por ter sido sempre a vontade do familiar	<input type="checkbox"/>
Outra situação Especificar: _____	<input type="checkbox"/>

21. O que seria necessário acontecer para deixar de ser cuidador principal? (Pode referir mais do que uma circunstância)

---

---

---

## Informações acerca do idoso

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Situação conjugal:

Casado(a)/Em união de facto ☐  
Viúvo(a) ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐  
Solteiro(a) ☐

4. Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐  
1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐  
2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐  
3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐  
Ensino secundário (12.º ano) ☐  
Curso médio ☐  
Ensino superior ☐

5. Profissão anterior à reforma: \_\_\_\_\_

6. O seu familiar utiliza algum serviço formal de apoio?

Não ☐

Sim ☐



7. Se sim, qual?

Serviço de Apoio Domiciliário	<input type="checkbox"/>	Apoio Domiciliário Integrado	<input type="checkbox"/>
Centro de Dia	<input type="checkbox"/>	Centro de Convívio	<input type="checkbox"/>
Centro de Noite	<input type="checkbox"/>	Apoio Domiciliário (Centro de Saúde)	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>		

↳ Especificar: \_\_\_\_\_

8. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as necessidades **do seu familiar**?

Nada (5)	Pouco (4)	Moderadamente (3)	Muito (2)	Totalmente (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as **suas** necessidades enquanto cuidador familiar?

Nada (5)	Pouco (4)	Moderadamente (3)	Muito (2)	Totalmente (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Tipo de dependência (segundo o Índice de Barthel):

Independência ou ligeira (mais de 60 pontos)	<input type="checkbox"/>
Moderada (40 a 55 pontos)	<input type="checkbox"/>
Severa (20 a 35 pontos)	<input type="checkbox"/>
Total (menos de 20 pontos)	<input type="checkbox"/>

11. Saúde Mental: Diagnóstico clínico de demência

Existente	<input type="checkbox"/>
Inexistente	<input type="checkbox"/>



## **ANEXO II – QUESTIONÁRIO APLICADO AO CUIDADOR SECUNDÁRIO**





A Universidade de Aveiro, no âmbito do Mestrado em Gerontologia, está a desenvolver um estudo acerca da saúde das pessoas que prestam cuidados a um familiar idoso em situação de dependência.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração através do preenchimento dos seguintes questionários.

Não existem respostas certas ou erradas, mas o que importa é o modo como se sente relativamente a cada questão. Assim, pedimos que responda o mais honestamente possível a cada item.

Se não tiver a certeza acerca da resposta a dar, dê-nos aquela que considerar mais apropriada, mas nunca deixe de responder.

Garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados. Assim, a informação fornecida nunca será usada de modo a poder ser identificado(a).

Antes de continuar, pedimos-lhe que nos responda à seguinte questão:

**Considera-se a principal pessoa responsável pela prestação de cuidados ao seu familiar dependente?**

Sim ☐

Não ☐

**Muito obrigado pela sua colaboração!**



## QUESTIONÁRIO GERAL

### Informações acerca do cuidador secundário

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** \_\_\_\_\_

3. **Estado civil:**

Casado(a)/Em união de facto ☐

Viúvo(a) ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Solteiro(a) ☐

4. **Habilitações literárias:**

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐

1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐

2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐

3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐

Ensino secundário (12.º ano) ☐

Curso médio ☐

Ensino superior ☐

5. **Situação na profissão** (escolher apenas aquela que melhor se ajusta ao caso):

Empregado(a) a tempo inteiro ☐

Empregado(a) a tempo parcial ☐

Reformado(a)/pensionista ☐

Desempregado(a) ☐

Estudante a tempo inteiro ☐

Doméstica ☐

Outra ☐

Especificar: \_\_\_\_\_

6. Qual a sua **profissão** (actual ou a última)? \_\_\_\_\_

7. Qual é a sua **relação com a pessoa a quem presta cuidados?**

Cônjuge/companheiro(a) ☐

Filho(a) ☐

Irmão(ã) ☐

Nora/genro ☐

Neto(a) ☐

Outro membro da família ☐



Amigo  
Vizinho  
Outro  
Especificar \_\_\_\_\_

**8. Qual é a sua relação com o cuidador principal?**

Cônjuge/companheiro(a)	<input type="checkbox"/>
Filho(a)	<input type="checkbox"/>
Irmão(ã)	<input type="checkbox"/>
Nora/genro	<input type="checkbox"/>
Neto(a)	<input type="checkbox"/>
Outro membro da família	<input type="checkbox"/>
Amigo	<input type="checkbox"/>
Vizinho	<input type="checkbox"/>
Outro	
Especificar _____	<input type="checkbox"/>

**9. Qual é a relação do cuidador principal com a pessoa a quem presta cuidados?**

Cônjuge/companheiro(a)	<input type="checkbox"/>
Filho(a)	<input type="checkbox"/>
Irmão(ã)	<input type="checkbox"/>
Nora/genro	<input type="checkbox"/>
Neto(a)	<input type="checkbox"/>
Outro membro da família	<input type="checkbox"/>
Amigo	<input type="checkbox"/>
Vizinho	<input type="checkbox"/>
Outro	
Especificar _____	<input type="checkbox"/>

**10. Tem algum filho a cargo?**

Não ☐  
Sim ☐ Quantos? \_\_\_\_\_ Idades: \_\_\_\_\_

**11. Qual a distância física entre si e a pessoa a quem presta cuidados?**

Vivem na mesma casa	<input type="checkbox"/>	Vivem no mesmo bairro/rua	<input type="checkbox"/>
Vivem na mesma terra (a menos de 10 km)	<input type="checkbox"/>	Vivem em terras próximas (menos de 30 km)	<input type="checkbox"/>
Vivem a mais de 30 km de distância	<input type="checkbox"/>	Outra situação	<input type="checkbox"/>
		↳ Especificar: _____	



12. Qual a **distância física** entre si e o **cuidador principal**?

- Vivem na mesma casa ☐ Vivem no mesmo bairro/rua ☐  
Vivem na mesma terra (a menos de 10 km) ☐ Vivem em terras próximas (menos de 30 km) ☐  
Vivem a mais de 30 km de distância ☐ Outra situação ☐  
↳ Especificar: \_\_\_\_\_

13. Há quanto tempo colabora na prestação de cuidados a esta pessoa?

- Entre 6 meses e 1 ano ☐ Entre 1 a 2 anos ☐  
Entre 3 a 5 anos ☐ Mais de 5 anos ☐  
↳ Especificar o n.º de anos: \_\_\_\_\_

14. Que **tipo de apoio/cuidados** presta frequentemente à pessoa dependente?  
(pode assinalar mais do que uma opção)

ABVD	Cuidados pessoais (higiene pessoal, vestir, alimentação, etc.)	<input type="checkbox"/>
	Mobilidade (transferências, subir/descer escadas)	<input type="checkbox"/>
AIVD	Efectuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)	<input type="checkbox"/>
	Tomar os medicamentos	<input type="checkbox"/>
	Gerir o dinheiro	<input type="checkbox"/>
	Utilizar o telefone	<input type="checkbox"/>
	Ir às compras	<input type="checkbox"/>
	Tratar de assuntos burocráticos	<input type="checkbox"/>
	Acompanhamento a consultas médicas	<input type="checkbox"/>
	Transporte do familiar	<input type="checkbox"/>
	Passear/actividades de lazer	<input type="checkbox"/>
Apoio emocional (manutenção da auto-estima, clima de compreensão e encorajamento)		<input type="checkbox"/>
Apoio financeiro		<input type="checkbox"/>
Supervisão regular ("olhar pelo idoso" e pelos cuidados que lhe são prestados; disponibilidade imediata para recorrer a emergências)		<input type="checkbox"/>

15. Em média, **quantas horas por semana** ocupa a prestar cuidados a esta pessoa?

- 0 a 8 horas ☐ 9 a 20 horas ☐  
21 a 40 horas ☐ Mais de 41 horas (ou cuidados permanentes) ☐

16. Algum destes cuidados é unicamente prestado por si, **sem a qualquer colaboração** de terceiros?

- Não ☐  
Sim ☐



17. Se **sim**, quais?

---

---

18. Identifique (hierarquizando) os **três cuidados** (se se aplicar) que para si são mais difíceis de realizar:

1º \_\_\_\_\_

2º \_\_\_\_\_

3º \_\_\_\_\_

19. Há mais alguém a quem tenha de prestar este tipo de cuidados (p. ex.: parentes, amigos ou vizinhos doentes ou inválidos)?

Não ☐

Sim ☐ → Quantos? \_\_\_\_\_

20. De um modo geral, poderá dizer que a **sua saúde** é:

Muito boa

☐ 1

Boa

☐ 2

Razoável

☐ 3

Fraca

☐ 4

Muito fraca

☐ 5

21. Qual o **rendimento médio mensal** do seu agregado familiar?

<€ 150

☐

[€ 150 - € 300[

☐

[€ 300 - € 450[

☐

[€ 450 - € 600[

☐

[€ 600 - € 750[

☐

[€ 750 - € 1000[

☐

[€ 1000 - € 1500[

☐

[€ 1500 e mais[

☐

22. Quais os **três principais motivos** que o levaram a colaborar na prestação de cuidados ao seu familiar dependente? (Adaptado de Instituto da Segurança Social, 2005)

Escolha **3 opções** por ordem de importância:

1 – razão mais importante

2 – razão importante

3 – razão moderadamente importante

Por amor, ternura	<input type="checkbox"/>
Por obrigação e dever	<input type="checkbox"/>
Por não querer colocar o familiar num lar	<input type="checkbox"/>
Por proximidade geográfica (viver geograficamente próximo do cuidador principal e do familiar)	<input type="checkbox"/>
Porque o cuidador principal necessita de ajuda	<input type="checkbox"/>



Para evitar a censura dos outros	<input type="checkbox"/>
Porque não existem estruturas de apoio (serviços de apoio domiciliário, lares, centros de dia)	<input type="checkbox"/>
Porque as mensalidades num lar são muito caras	<input type="checkbox"/>
Porque as estruturas de apoio existentes não respondem adequadamente às necessidades do seu familiar	<input type="checkbox"/>
Porque é essa a vontade do cuidador principal	<input type="checkbox"/>
Porque não confia na qualidade dos cuidados prestados pelos serviços formais	<input type="checkbox"/>
Porque não encontro uma pessoa de confiança que possa tratá-lo	<input type="checkbox"/>
Por ser muito caro pagar a uma pessoa (empregada)	<input type="checkbox"/>
Porque vive com o seu familiar há muito tempo	<input type="checkbox"/>
Porque a pessoa que cuida terá a possibilidade de herdar mais	<input type="checkbox"/>
Porque a reforma do familiar contribui para o sustento da família	<input type="checkbox"/>
Por ter sido sempre a vontade do familiar	<input type="checkbox"/>
Outra situação Especificar: _____	<input type="checkbox"/>

**23.** Na possibilidade do cuidador principal deixar de o ser, estaria na disposição de assumir o seu papel, isto é, de ser o cuidador principal? Porquê?

---

---

## Informações acerca do idoso

1. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Situação conjugal:

Casado(a)/Em união de facto ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

Solteiro(a) ☐

4. Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal ☐

1º ciclo do ensino básico (4ª classe) ☐

2º ciclo do ensino básico (Ensino preparatório) ☐

3º ciclo do ensino básico (9.º ano) ☐

Ensino secundário (12.º ano) ☐

Curso médio ☐

Ensino superior ☐

5. Profissão anterior à reforma: \_\_\_\_\_



6. O seu familiar utiliza algum serviço formal de apoio?

Não ☐

Sim ☐

7. Se sim, qual?

Serviço de Apoio Domiciliário ☐

Apoio Domiciliário Integrado ☐

Centro de Dia ☐

Centro de Convívio ☐

Centro de Noite ☐

Apoio Domiciliário (Centro de Saúde) ☐

Outro ☐

↳Especificar:\_\_\_\_\_

8. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as necessidades do seu familiar?

Nada  
(5)  
☐

Pouco  
(4)  
☐

Moderadamente  
(3)  
☐

Muito  
(2)  
☐

Totalmente  
(1)  
☐

9. Até que ponto considera que os serviços formais de apoio prestados satisfazem as **suas** necessidades enquanto cuidador familiar?

Nada  
(5)  
☐

Pouco  
(4)  
☐

Moderadamente  
(3)  
☐

Muito  
(2)  
☐

Totalmente  
(1)  
☐

10. Tipo de dependência (segundo o Índice de Barthel):

Independência ou ligeira (mais de 60 pontos) ☐

Moderada (40 a 55 pontos) ☐

Severa (20 a 35 pontos) ☐

Total (menos de 20 pontos) ☐

11. Saúde Mental: Diagnóstico clínico de demência

Existente ☐

Inexistente ☐



### ANEXO III – ÍNDICE DE BARTHEL





## ÍNDICE DE BARTHEL

### Avaliação do estado funcional – Actividades de Vida Diária

Por favor, desenhando um círculo à volta da situação que melhor define o estado funcional do seu familiar idoso, para cada um dos 10 itens que se seguem.

#### 1. Alimentação

- 0 – Incapaz/dependente. Necessita de ser alimentado por outra pessoa
- 5 – Necessita de ajuda para cortar, espalhar a manteiga, etc., mas é capaz de comer sozinho
- 10 – Independente. Consegue comer por si próprio num tempo razoável. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.

#### 2. Banho

- 0 – Dependente. Necessita de ajuda ou supervisão
- 10 – Independente. Capaz de se lavar inteiramente, de entrar e sair da banheira (ou chuveiro) sem ajuda e sem supervisão.

#### 3. Vestir

- 0 – Dependente. Necessita de ajuda total
- 5 – Necessita de ajuda, mas realiza cerca de metade das tarefas num tempo razoável sem ajuda
- 10 – Independente. Capaz de se vestir sozinho (incluindo apertar botões, fechos, atacadores, etc.)

#### 4. Higiene Pessoal

- 0 – Necessita de auxílio nos cuidados pessoais
- 5 – Independente: face/cabelo/dentes/barba (acessórios fornecidos)

#### 5. Intestinos

- 0 – Incontinente. Mais de um episódio semanal. Inclui a administração de clisteres por outra pessoa.
- 5 – Acidente ocasional. Menos de um episódio por semana.
- 10 – Contínente. Não apresenta episódios de incontinência.



## **6. Bexiga**

- 0 – Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas. Inclui pacientes com algália incapazes de a manejarem.
- 5 – Acidente ocasional. Um episódio por dia ou requer ajuda para a manipulação da algália ou outro dispositivo semelhante
- 10 – Contínente. Não apresenta episódios de incontinência. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si próprio (algália, sonda,...)

## **7. Uso da sanita**

- 0 – Dependente. Incapaz de aceder ou utilizar a sanita sem ajuda
- 5 – Necessita de alguma ajuda. Capaz de se desenrascar com uma pequena ajuda; consegue usar o quarto de banho e limpar-se sozinho
- 10 – Independente. Consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se, sem ajuda.

## **8. Transferências**

- 0 – Dependente. Não tem equilíbrio quando está sentado.
- 5 – Ajuda maior. Precisa de ajuda de uma pessoa forte ou treinada (ou de duas pessoas). Mantém-se sentado sem ajuda
- 10 – Ajuda menor. Inclui uma supervisão ou uma pequena ajuda física.
- 15 – Independente. Não necessita de ajuda para sentar-se ou levantar-se de uma cadeira, nem para se deitar ou levantar da cama.

## **9. Mobilidade**

- 0 – Dependente. Se utiliza cadeira de rodas, necessita de ser empurrado por outra pessoa
- 5 – Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc. Não requer ajuda nem supervisão
- 10 – Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa ou utiliza andarilho.
- 15 – Independente. Pode andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda técnica (p. ex.: bengala, canadiana) excepto o andarilho.

## **9. Subir e descer escadas**

- 0 – Dependente. É incapaz de utilizar as escadas.
- 5 – Necessita de ajuda. Necessita de ajuda ou supervisão
- 10 – Independente. Capaz de subir e descer escadas sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.



#### **ANEXO IV – SWLS – Satisfaction With Life Scale**



### SWLS – Satisfaction With Life Scale

[Escala de Satisfação com a Vida, elaborada por Diener *et al.* (1985) e validada para a língua portuguesa por Simões (1992)]

Mais abaixo, encontrará cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Empregue a escala de 1 a 5, à direita de cada frase. Marque uma cruz (X) dentro do quadrado que melhor indica a sua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

- (1) DM = Discordo Muito  
(2) DP = Discordo Um Pouco  
(3) NCND = Nem Concordo Nem discordo  
(4) CP = Concordo Um Pouco  
(5) CM = Concordo Muito

	DM (1)	DP (2)	NCND (3)	CP (4)	CM (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito com a minha vida. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **ANEXO V – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me Ana Sofia Carvalho Alves Pereira, encontro-me a frequentar o Mestrado em Gerontologia na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver, inserida num grupo de 7 elementos sob a coordenação da Professora Doutora Daniela Figueiredo, um estudo sobre a prestação de cuidados familiares a um idoso dependente.

O objectivo deste estudo é compreender e analisar o contexto e dinâmicas da prestação informal de cuidados ao idoso dependente em cuidadores familiares principais e cuidadores informais secundários.

No âmbito desse estudo estamos a proceder a uma recolha de dados, para a qual solicitamos a sua colaboração através do preenchimento deste questionário. Todas as informações que o(a) senhor(a) nos fornecer permanecerão confidenciais e serão usadas somente para este estudo. Todas as informações serão guardadas e somente os investigadores terão acesso às informações.

A sua participação é completamente voluntária e a sua decisão de não participar não terá qualquer prejuízo para si, nem qualquer risco à sua vida e à sua saúde.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido(a) sobre o Estudo: “Envelhecimento e cuidados familiares” e concordo em participar e que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.

Aveiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Assinatura: \_\_\_\_\_